



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN KIRJAAMISMALLI

Kirjaamisen kehittäminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveys-
yhtymässä

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma (YAMK)
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Minna Kuoppala

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

KUOPPALA, MINNA: Psykofyysisen fysioterapian kirjaamismalli
Kirjaamisen kehittäminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja
terveysyhtymässä

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opinnäytetyö,

71 sivua, 16 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa psykofyysisen fysioterapian kirjaamiskäytäntöjen yhtäläisyyksiä ja eroja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä sekä luoda kohdeorganisaatiolle psykofyysisen fysioterapian yhtenäinen kirjaamismalli. Yhtenäisen kirjaamismallin tarkoituksena oli yhdenmukaisen kirjaamisen myötä tuottaa laadukasta psykofyysistä fysioterapiapalvelua sekä varmistaa dokumentoidun tiedon kulku potilasta hoitavien tahojen välillä.

Opinnäytetyöprosessiin osallistui erikoissairaanhoidon fysiatriassa sekä psykiatrian avohoidossa työskentelevät psykofyysisen fysioterapian erityisalaan erikoistuneet fysioterapeutit. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistoiminnan prosessina, jonka kuvaajaksi valittiin lineaarinen malli. Analysoitavan aineiston muodosti kehittämisprosessiin osallistuneilta fysioterapeutilta kerätyt koko fysioterapiajaksoa kuvaavat potilaskertomustiedot ja aineiston analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, joka on yksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähestymistavoista.

Potilaskertomusten analysoinnin tuloksena havaittiin psykofyysisen fysioterapian kirjaamisessa olevan eroavaisuuksia eri toimintayksiköiden välillä erityisesti fysioterapian kansallisesti suositeltujen otsikoiden ja Fysioterapianimikkeistön käytön sekä kirjaamisen rakenteisuuden osalta. Yhtäläisyytenä esille nousi kokonaisvaltainen näkemys potilaan elämäntilanteeseen.

Kirjaamisen sisällön analyysin sekä kansallisten suositusten pohjalta kehitettiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymälle yhtenäinen psykofyysisen fysioterapian kirjaamismalli. Mallin viitekehyksenä toimi toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen ICF-luokitus.

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, sähköinen potilaskertomus, rakenteinen kirjaaminen

Lahti University of Applied Sciences
Master of Social and Health Care

Master Degree Programme in Social and Health Care Development and Management

KUOPPALA, MINNA: Documentation Model of Psychophysical Physiotherapy
Developing Documentation in Päijät-Häme Social and Health Care Group

Master's Thesis in Development and Management of Social and Health Care

71 pages, 16 pages of appendices

Spring 2014

ABSTRACT

The subject of the thesis was to survey the similarities and differences of documentation practices in psychophysical physiotherapy in Päijät-Häme social and health care group and to create a structured documentation model for the organisation. The purpose of the structured documentation model was to generate high quality in psychophysical physiotherapy services and to ensure the flow of documented information between the attending parties.

The thesis process was attended by physiotherapists specialized in psychophysical physiotherapy working in the unit of psychiatrics of special health care and in the outpatient care unit of psychiatry. A linear model was chosen to describe the development work process. The analyzed data was comprised of the physiotherapy intervention medical records that were collected by the physiotherapists. The content analysis which is one of the qualitative approaches of the research was chosen as an analyze method.

As a result of the patient record analysis differences in documentation practices between different units were discovered especially in nationally recommended headings and in usage of physiotherapy terms as well as in the structure of the documentation process. The holistic opinion of the life situation of the patients was noted as similarity.

A structured documentation model of psychophysical physiotherapy was created for Päijät-Hämen social and health care group on the basis of the analysis of the documentation process and national recommendations for physiotherapy documentation. The international ICF-classification of functioning, disability and health worked as a frame of reference of the documentation model.

Key words: psychophysical physiotherapy, electronic patient record, structured documentation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
1.1	Kehittämishankkeen lähtökohdat	1
1.2	Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus	4
1.3	Kohdeorganisaation esittely	4
2	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	9
2.1	Psykofyysinen fysioterapia	9
2.2	Fysioterapian palveluprosessi	11
2.3	Sähköinen potilaskertomus fysioterapian kirjaamisen pohjana	12
2.4	Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen	16
2.5	Kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset	20
2.6	Kansalliset ja kansainväliset suositukset	23
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	25
3.1	Kehittämistoiminnan prosessi	25
3.2	Lineaarinen malli kehittämishankkeen toteutuksessa	26
3.3	Kehittämishankkeen eteneminen	27
4	AINEISTON ANALYSOINTI	34
4.1	Analysoitava aineisto	34
4.2	Kirjaamisessa käytetyt otsikot	35
4.3	Kirjaamisen sisällön analyysi	39
4.4	Yhteenveto aineiston analysoinnista	48
5	PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN KIRJAAMISMALLI	50
6	POHDINTA	60
6.1	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus	60
6.2	Kehittämishankkeen arviointi	61
6.3	Yhteistyö	63
6.4	Johtopäätökset ja kehittämisaiheet	65
	LÄHTEET	66
	LIITTEET	72

1 JOHDANTO

1.1 Kehittämishankkeen lähtökohdat

Terveystietojen hallinnassa ollaan siirtymässä organisaatiokeskeisestä toimintatavasta kohti kokonaisvaltaista hoito- ja palveluketjua. Tämä edellyttää potilaskertomustiedon ja käytön kehittämistä palvelemaan paremmin koko hoitoprosessia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 9.) Terveystietojen organisaatiot ovat verkostoitumassa keskenään, koska siten voidaan tehostaa yhteistyötä, tiedonvaihtoa ja hoitoprosesseja ja hoitaa potilaita entistä laadukkaammin (Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmaa & Suhonen 2009, 10.).

Suomessa on kansallisesti sovittu yhtenäisen sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotosta terveydenhuollossa. Yhtenäisen kielen avulla muotoutuvat termistöt ovat edellytyksenä sähköisessä kirjaamisessa tarvittavalle rakenteiselle kirjaamiselle. Rakenteisen tiedon hyödyntäminen suoraan tietokannoista toiminnan laadunarviointiin, tilastointiin ja resurssointiin on mahdollisuus, jota aiempi vapaa- muotoisempi potilasteksti ei antanut. (Iivanainen & Syväoja 2008, 13-14.)

Potilastietojen kirjaamisen yhtenäiset tietorakenteet, luokitukset ja nimikkeistöt luovat yhtenäistä ymmärrystä tiedosta ja mahdollistavat potilastiedon hyödyntämisen eri käyttötarkoituksiin sekä eri palveluntarjoajien väliseen tiedonsiirtoon. Tämä lisää osaltaan potilasturvallisuutta sekä laadukasta hoitoa. Tietoteknisten menetelmien käyttö vahvistaa osaltaan terveydenhuollon palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja parantaa yksilön mahdollisuuksia osallistua oman terveytensä edistämiseen sekä terveys- ja hoitotietojensa tarkasteluun, päivittämiseen ja seurantaan sähköisesti. (Häyrinen 2011, 12, 36.)

Keväällä 2011 astui voimaan uusi terveydenhuoltolaki (1325/2012), joka painottaa muun muassa asiakaslähtöisyyttä, perusterveydenhuollon vahvistamista, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, eri toimijoiden välistä yhteistyötä, potilasturvallisuutta sekä palvelujen ja hoidon laatua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 32). Dokumentointi on sosiaali- ja terveysalalla työskentelevän henkilöstön yksi keskeisistä työtehtävistä. Hyvä dokumentointi on osa tiedonkulkua ja sitä kautta

on tärkeässä roolissa laadukkaan ja turvallisen hoidon näkökulmasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 26.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman Kaste 2012-2015 yhtenä haasteena nähdään potilastiedon tehokas hallinta, asiakastietojen ajantasainen saatavuus sekä tutkimustiedon ja palvelutoimintaa koskevan seurantatiedon saatavuus ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä ja päätösten teossa. Tiivistyvä yhteistyö ja palvelurakenteiden uudistuminen edellyttävät asiakastietojen yhteiskäytön mahdollisuutta. Kaste-ohjelman yhtenä tavoitteena on vahvistaa sosiaali- ja terveysalalla toiminnan, tiedon ja tietojärjestelmien yhteentoimivuutta yhteistyössä kuntien ja eri sidosryhmien kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 28.)

Pääministeri Kataisen hallituksen ohjelman hyvinvointipolitiikan yhtenä tavoitteena on tehostaa terveydenhuollon ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia sekä yhtenäistää työmenetelmiä. Tavoitteena on jatkaa sähköisen tiedonhallinnan rakentamista niin, että potilastieto saadaan sujuvasti käyttöön. (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011, 56-57, 60.) Terveydenhuollon käyttöön on tulossa valtakunnallinen sähköinen potilastietoarkisto eli Kansallinen Terveysarkisto (KanTa), jolla tulee olemaan keskeinen rooli tiedonkulussa eri terveydenhuollon organisaatioiden välillä. Lakisääteisesti terveystietoon liittyvät kaikki julkiset terveydenhuollon organisaatiot. Julkisen terveydenhuollon palveluntarjoajien on liityttävä valtakunnalliseen sähköiseen potilasarkistoon 1.9.2014 mennessä ja sähköisessä muodossa potilasasiakirjansa arkistoitavien yksityisten palveluntarjoajien 1.9.2015 mennessä. (Suomen Fysioterapeutit 2010, 4, 7, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 3.) Kansallisen potilastiedon arkiston alustavan käyttöönottoaikataulusuunnitelman mukaan Päijät-Hämeen keskussairaala ja sosiaali- ja terveystyöntekijät liittyvät KanTaan elokuussa 2014 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Fysioterapiapalvelujen tärkein tavoite on tuottaa potilaalle mahdollisimman suuri terveyshyöty, mikä voidaan saavuttaa ammatillisen osaamisen, yhtenäisten fysioterapialinjausten sekä saumattomien hoitoketjujen avulla. Fysioterapian tulokset välittyvät potilaalle toimintakyvyn säilymisenä ja parantumisena. Muulle terveydenhuollon henkilöstölle ja yhteistyökumppaneille tulokset välittyvät kirjattu-

jen potilastietojen kautta. Kirjaaminen on siis oleellinen osa fysioterapiaa. Huolellisesti ja oikein dokumentoidut potilastiedot varmistavat myös potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan sekä myös fysioterapeutin oikeusturvan. (Suomen Fysioterapeutit 2010, 4-5.)

Anu Pukki selvitti pro gradu -tutkielmassaan fysioterapian dokumentointimenetelmiä, sisällön jäsentymistä ja asiakaskeskeisyyttä. Yhtenä tutkimustuloksena havaittiin fysioterapian dokumentoinnin sisällön kirjavuus sekä osittainen epäloogisuus. Johtopäätöksenä todettiin, että fysioterapiadokumenttien otsikointia tulisi yhtenäistää sekä sisällön loogisuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. (Pukki 2004, 52.) Partia (2012, 46) selvitti pro gradu-tutkielmassaan fysioterapian potilaskertomusten tietorakennetta ja –sisältöjä ja päätyi tutkimuksessaan samankaltaiseen tulokseen todeten potilaskertomusten olevan edelleen epäloogisesti eteneviä ja sisällöltään kirjavia.

Partian mukaan fysioterapian erikoisaloilla tarvitaan yhteisiä linjauksia ja kirjaamisen kehittämiseksi käytäntöjen kehittämistä ja arvioimista organisaatiokohtaisesti, alueellisesti sekä valtakunnallisesti. (Partia 2012, 53.) Myös Suomen fysioterapeutit näkevät kirjaamisen kehittämisen olevan ammatin tulevaisuuden kannalta erittäin tärkeää. Kirjaamisen laatua tulee määräajoin arvioida sekä huolehtia tarvittavista kehittämistoimenpiteistä. (Suomen Fysioterapeutit 2010, 4-5.)

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka tavoitteena on edistää ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2013). Fysioterapian kirjaamista ohjaavista määräyksistä huolimatta psykofyysisen fysioterapian kirjaamiskäytännöissä on käytännön työssä havaittu eroavaisuuksia, joten erikoisalan kirjaamisen kehittäminen on ajankohtainen haaste. Tämän kehittämishankkeena toteutettavan opinnäytetyön kohdeorganisaationa on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä, jossa toimii kolme psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunutta fysioterapeuttia. Fysioterapeuteista yksi työskentelee psykiatrian avohoidon puolella ja erikoissairaanhoidon fysiatrian yksikössä työskentelee kaksi psykofyysistä fysioterapeuttia, joista toinen toimii tämän kehittämishankkeen tekijänä. Tämä kehittämishanke nivoutuu yhteen erikoissairaanhoidon fysiatrissa vuonna 2009 aloitetun kirjaamisen kehittämisprosessin kanssa. Psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallin kehittäminen on osa psykofyysisen

pienryhmän kirjaamisen kehittämisprosessia ja tämän opinnäytetyön myötä rakenteisen kirjaamisen kehittäminen laajenee myös psykiatrian avohoidon psykofyysiseen fysioterapiaan.

1.2 Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämishankkeena toteutettavan opinnäytetyön tavoite on kartoittaa psykofyysisen fysioterapian kirjaamiskäytäntöjen yhtäläisyyksiä ja eroja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymässä ja luoda kohdeorganisaatiolle yhtenäinen kirjaamismalli.

Yhtenäisen kirjaamismallin tarkoituksena on yhdenmukaisen kirjaamisen myötä tuottaa laadukasta psykofyysistä fysioterapiapalvelua sekä varmistaa dokumentoidun tiedon kulku potilasta hoitavien tahojen välillä.

1.3 Kohdeorganisaation esittely

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän käyttönimi on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä ja se on aloittanut toimintansa 1.1.2007. Yhtymän toimialoina ovat erikoissairaanhoito, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Erikoissairaanhoidon palveluja yhtymä tarjoaa 14 jäsenkunnalle, sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluja seitsemälle kunnalle sekä lisäksi yhtymä tuottaa ympäristöterveydenhuollon palveluja 12 jäsenkunnalle (KUVIO 1). (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013.)

PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄ

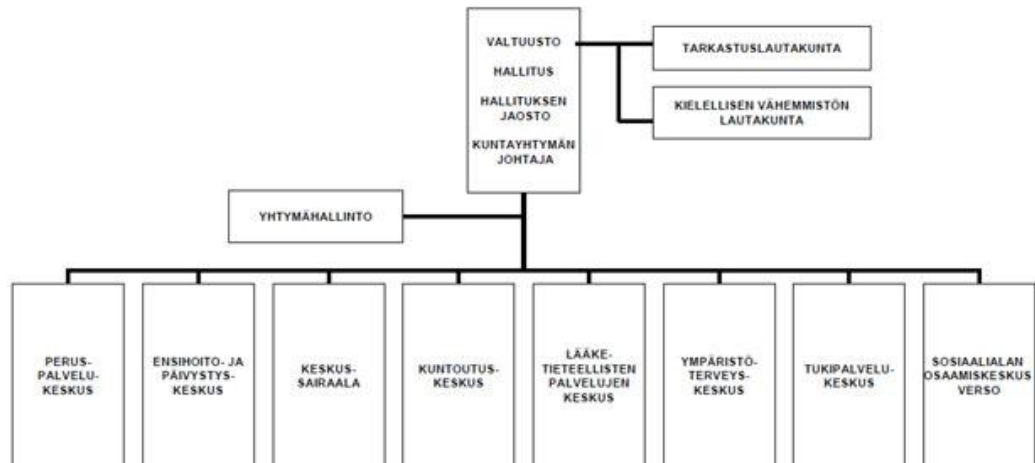


KUVIO 1. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä työskentelee noin 4000 henkilöä. Ylintä päätösvaltaa yhtymässä käyttää valtuusto, johon jäsenkuntien kunnanvaltuustot valitsevat jäsenet. Valtuuston alaisena kuntayhtymää johtaa hallitus, jonka jaosto vastaa laissa sosiaali- ja terveyslautakunnalle sekä kunnan terveydensuojeluviranomaiselle määrätyistä tehtävistä siltä osin kuin kunnat ovat antaneet kuntayhtymälle sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitamisen. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013.)

Tarkastuslautakunta vastaa hallinnon ja talouden tarkastuksen järjestämisestä. Yhtymähallinto hoitaa kuntayhtymän konsernihallinnon tehtäviä ja sen johdossa toimii kuntayhtymän johtaja. Kielellisen vähemmistön lautakunta toimii yhtymässä ruotsinkielisen väestön palvelujen kehittämiseksi ja yhteensovittamiseksi. Tulosryhmiä kuntayhtymällä on seitsemän ja ne ovat peruspalvelukeskus, ensihoito-

ja päivystyskeskus, keskussairaala, kuntoutuskeskus, lääketieteellisten palvelujen keskus, ympäristöterveyskeskus ja tukipalvelukeskus (KUVIO 2). (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä 2013.)



KUVIO 2. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän organisaatiokaavio.

(Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä 2013).

Fysiatria on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän Kuntoutuskeskuksen toimintayksikkö, johon kuuluvat Päijät-Hämeen keskussairaalaan toimiva erikoissairaanhoidon yksikkö sekä Aavan alueen terapiapisteeet. Keskussairaalaan toimiva fysiatrian erikoissairaanhoidon yksikkö sisältää fysiatrian hallinnon, erikoissairaanhoidon osasto- ja avohoitopotilaille tarjottavat lääkäreiden vastaanottopalvelut sekä fysioterapia- ja toimintaterapiapalvelut. Fysiatrian yksikössä toimii ylilääkäri, osastonylilääkäri, fysiatrian erikoislääkäri, erikoistuva lääkäri, osastonhoitaja, 25 fysioterapeuttia, kolme kuntohoitajaa ja kuusi toimintaterapeuttia. Erikoissairaanhoidon fysioterapia- ja toimintaterapia-palveluista huolehtii kuusi pienryhmää, jotka ovat polikliininen fysioterapia, lasten fysioterapia, kirurginen fysioterapia, psykofyysinen fysioterapia, sisätauti-neurologis-keuhko-teho-osastojen fysioterapia sekä aikuisten ja lasten toimintaterapia. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä 2013.)

Psykofyysisen fysioterapian pienryhmässä työskentelee kaksi kyseiseen erityisalueeseen erikoistunutta fysioterapeuttia, joiden työtehtäviin sisältyvät yksilö- ja ryhmäfysioterapiapalvelut. Lisäksi fysioterapeutti työskentelee oman alansa asiantuntijana moniammatillisissa hoitotiimeissä ja toimii yhteistyössä myös avoterveydenhuollon sekä kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa koko kuntayhtymän alueella. Psykofyysistä fysioterapiaa tarjotaan kuntouttaville psykiatrian osastoille, nuorisopsykiatrian ja lasten psykiatrian osastoille, yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle, kipupoliklinikalle sekä kuntoutuskeskuksen alueelle. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013.) Psykofyysistä fysioterapiaa on toteutettu Päijät-Hämeen keskussairaalasta 1990-luvun puolivälistä lähtien.

Psykiatrian avohoidolla on Lahden alueella kolme polikliinista toimintayksikköä (poliklinikka 1, 2 ja 3) sekä Heinolassa ja Orimattilassa sijaitsevat aluepoliklinikat. Psykiatrian avohoito on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän keskussairaalan psykiatrisen tulosalueen toimintayksikkö, jonka tulosjohtajana toimii ylilääkäri. Lahden psykiatristen poliklinikoiden sekä Heinolan ja Orimattilan aluepoliklinikoilla on jokaisella oma vastuulääkäri. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013.)

Lahden psykiatrian poliklinikka 1:n hoitoryhmät vastaavat pitkestä, yli kuusi kuukautta kestäviksi arvioiduista hoidoista ei-psykoottisten potilaiden osalta. Lisäksi hoitoryhmille on keskitetty psykoterapeuttisen hoidon arviot ja toteuttaminen. Psykiatrian poliklinikka 1:ssä toimii myös neuropsykiatrian työryhmä. Lahden psykiatrian poliklinikka 2:ssa toimii psykoosityöryhmä sekä varhaiskuntoutustyöryhmä. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013.)

Lahden psykiatrian poliklinikka 3:ssa toimii arviointi- ja konsultaatiotyöryhmä, joka käsittelee aikuispsykiatrian avohoitoon tulevat lähetteet, tutkii uudet potilaat ja arvioi heidän hoidon tarpeen. Työryhmä aloittaa hoidon ja toteuttaa lyhyet, alle kuusi kuukautta kestävät hoidot. Lisäksi työhön sisältyy perusterveydenhuoltoa tukeva konsultaatiotoiminta. Psykiatrian poliklinikka 3:ssa toimii myös päiväpoliklinikka sekä siltatyöryhmä. Päiväpoliklinikka vastaa aikuispsykiatrian tehostetusta avohoidosta. Hoidot ovat lyhyitä intensiivisiä jaksoja, jolloin potilas voi tarpeen mukaan olla päiväpoliklinikalla kokopäiväisesti tai käydä sovituissa hoitajatapaamisissa. Siltatyöryhmä on määräaikainen lisätuki aikuispsykiatrian potilaille, jotka

ovat kotiutumassa sairaalasta tai tarvitsevat avohoidossa tiiviimpää kontaktia ja tukea. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyö 2013.)

Psykiatrian avohoidon alueella toimii yksi psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti, joka on myös seksuaalineuvoja. Fysioterapeutti toimii Lahden psykiatrian poliklinikka 3:n tiloissa, mutta tarjoaa fysioterapiapalveluja kaikille Lahden psykiatrian poliklinikoille sekä Heinolan ja Orimattilan aluepoliklinikoille. Avohoidon psykofyysinen fysioterapia on tarkoitettu ensisijaisesti uusille potilaille ja on tukihoitona muun hoidon rinnalla. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyö 2013.) Psykiatrian avohoidon psykofyysisen fysioterapeutin toimi on perustettu 1.8.2011.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

2.1 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka taustalla on psykofyysinen ihmiskäsitys ja tavoitteena on edistää kuntoutujan kokonaisvaltaista toimintakykyä (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2013). Pohjoismaissa psykofyysisellä fysioterapialla on perinteitä jo 1940-50-luvuilta ja sen juuret ovat pitkälti norjalaisessa ja ruotsalaisessa fysioterapiassa. Lähestymistapa on kehittynyt psykiatrien, psykologien ja fysioterapeuttien yhteistyön tuloksena. (Immonen-Orpana 1995, 133, Jaakkola 2007, 8.) Suomessa alan kehitykseen vaikutti voimakkaasti ruotsalaisen Gertrud Roxendalin väitöskirjatyö 1980-luvun puolivälissä, minkä seurauksena Suomessa järjestettiin runsaasti psykofyysisen fysioterapian koulutusta. Roxendalin ohella psykofyysisen lähestymistavan vaikuttajana on toiminut norjalainen Berit Heir Bunkan. (Immonen-Orpana 1995, 133.)

Psykofyysisen lähestymistavan tarkoituksena on ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistaminen ja tukeminen. Lähestymistavalle on ominaista fysioterapeutin näkemys ihmisestä kokonaisuutena, riippumatta siitä, millaisia ongelmia kuntoutujalla on toimintakyvyssään. Näkökulma perustuu kokemukselliseen oppimiseen, jossa etsitään voimavaroja arjesta selviytymiseen muun muassa havainnoimalla ja rentouttamalla jännitystiloja sekä harjoittamalla asentoa, liikkeitä sekä kehon ja mielen reaktioita. Psykofyysisen fysioterapian olennainen osa on ihmisen tapa ymmärtää itseään kokemuksen kautta. Asiakasta tuetaan tulemaan tietoiseksi kehonsa viesteistä ja pääsemään näin kosketuksiin tunteiden kanssa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265–266.)

Tunteiden huomioon ottaminen on erittäin tärkeä näkökulma fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä. Fysioterapeutin tulee tunnistaa asiakkaan sanallista ja sanatonta viestintää voidakseen vastata asiakkaan tunteiden ilmaisuun sekä osatakseen auttaa ja tukea tätä. Asiakkaalle tunteita esiintuova tekijä voi olla esimerkiksi kosketus tai liike, ja tunnereaktio voi syntyä arvaamatta. (Gard 2004, 119, Ekerholt & Bergland 2006, 139.)

Psykofyysisessä lähestymistavassa ihminen nähdään kokonaisuutena, jossa keho ja mieli sekä ajattelu ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Tämän näkökulman mukaan keho vaikuttaa mieleen sekä mieli kehoon ja fysioterapian keinoin voidaan tukea ihmisen voimavaroja ja toimintakykyä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265 – 267.) Lähestymistavan perusajatus on ihmisen kehon, mielen ja ympäristön erottamaton vuorovaikutus ja yhteys toisiinsa (Rautamies 2005, 55).

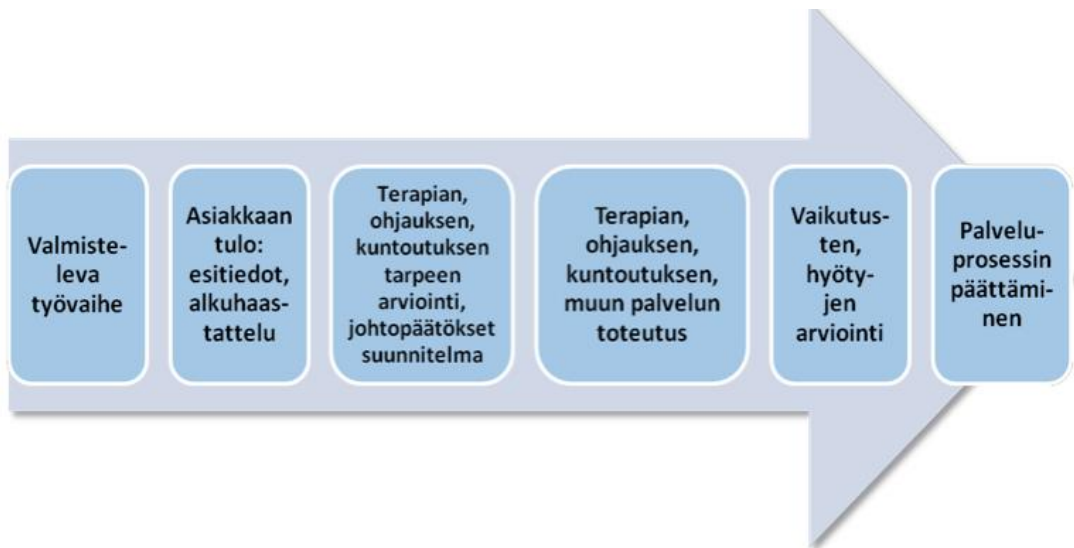
Kuntoutujat, joilla on mielenterveyden ongelmia, pitkittyneitä kiputiloja tai tuki- ja liikuntaelinsairauksien/neurologisten sairauksien aiheuttamia ongelmia toimintakyvyssä, voivat hyötyä psykofyysisestä työskentelytavasta. Myös kuntoutujille, joilla on taustalla traumaattisia kokemuksia, stressioireita, ylimääräistä jännittyneisyyttä tai uupumusta, kyseisestä lähestymistavasta voi olla apua. Pääasiallisina tavoitteina ovat mahdollisen kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta ja kehonkuvan eheytyminen sekä kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetunte muksen lisääntyminen. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2013.)

Psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneita fysioterapeutteja työskentelee erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon alueilla sekä kuntoutuskeskuksissa, järjestöissä, yhdistyksissä ja säätiöissä. Lähestymistapaa voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmäterapihana. Fysioterapiassa tavoitteet määritellään aina yhdessä kuntoutujan kanssa hänen voimavarojensa ja elämäntilanteensa mukaan. Työskentelyssä korostuu kuntoutujan ja fysioterapeutin välinen vuorovaikutus ja yhteistyö. Toteutunutta fysioterapiaprosessia arvioitaessa avainasemaan nousee kuntoutujan itsensä kokema muutos ja kokemus oman elämän hallinnasta. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2013.)

2.2 Fysioterapian palveluprosessi

Hoitoprosessi, joka sisältää tulotilanteen, hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin, on myös fysioterapian etenemistä kuvaava malli. Prosessimaisuus tulee näkyä loogisesti ja systemaattisesti etenevässä kirjaamisessa. (Suomen Fysioterapeutit 2010, 12.) Terveystieteiden tutkimuksessa prosessi tulee sisäistää ennen kuin sähköinen potilaskertomus otetaan käyttöön (Kelley, Brandon & Docherty 2011, 155).

Fysioterapian palveluprosessi (KUVIO 3) koostuu samansisältöisistä päävaiheista riippumatta organisaatiosta, prosessin kestosta tai toteutustavasta. Fysioterapia-prosessi voi olla itsenäinen oma prosessinsa tai osa hoitojaksoa tai palveluketjua. (Holma, Tuurihalme, Arkela-Kautiainen, Asikainen, Hernesniemi, Mäkelä, Partia, Noronen & Savolainen 2012, 4.)



KUVIO 3. Fysioterapian palveluprosessi (Holma ym. 2012, 5).

Fysioterapian palveluprosessin valmisteleva työvaihe käynnistyy palvelupyynnön, lähetteen tai muun yhteydenoton seurauksena. Tähän työvaiheeseen sisältyy muun muassa potilaan asiakirjojen ja muiden tarvittavien tietojen hankkimista, tietoihin perehtymistä sekä ajanvaraus ja muita tarvittavia järjestelyjä. (Holma ym. 2012, 5.)

Potilaan tulovaihe sisältää haastattelun sekä esitietojen keräämisen. Fysioterapia- ja kuntoutustarpeen arviointi perustuu potilaan liikkumisen ja toimintakyvyn tutkimiseen ja arviointiin, jonka perusteella tehdään johtopäätökset, asetetaan tavoitteet yhdessä potilaan sekä tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Tavoitteet ohjaavat suunnitelman laatimista sisältäen keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Toteutus sisältää potilaan saaman fysioterapia- ja kuntoutuspalvelun eri muodoissaan. (Holma ym. 2012, 5.)

Fysioterapian tulosta ja vaikutuksia arvioitaessa selvitetään, mitä hyötyä fysioterapiasta on potilaalle ollut hänen omasta mielestään. Osoitetaan myös ne muutokset, joita potilaan toimintakyvyssä on tapahtunut suhteessa tavoitteisiin. Fysioterapiaprosessin päättäminen voi olla prosessin päätös kokonaisuudessaan tai prosessi jatkuu myöhemmin omassa tai muussa organisaatiossa. Kyse on tietyn fysioterapiajakson päättymisestä ja prosessin hallinnollisesta päättämisestä. (Holma ym. 2012, 5.)

2.3 Sähköinen potilaskertomus fysioterapian kirjaamisen pohjana

Sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan potilasasiakirjoista muodostuvaa kokonaisuutta, johon kootaan potilasta koskevat hoitotiedot rekisterinpitäjittäin. Se on tietovarasto, johon on tallennettu hoidettavana olevan henkilön terveystieto- ja tietoturvallisesti sähköisesti, tietokoneella käsiteltävässä muodossa siten, että tietoa voidaan käyttää ja siirtää autorisoiduille käyttäjille ja prosesseille. (Hartikainen ym. 2009, 10.)

Tutkimusten mukaan terveydenhuollossa kirjaamisen rakenteet ja sisältö ovat usein epätarkkoja ja epäyhteneväisiä, mitä voitaisiin parantaa ottamalla käyttöön sähköinen potilaskertomus ja rakenteinen kirjaamistapa (De Marinis, Piredda, Pascarella, Vincenzi, Spiga, Tartaglioni, Alvaro & Matarese 2010, 1551). Rakenteista kirjaamista selvittävät tutkimukset ovat osoittaneet sähköisen kirjaamisen ja rakenteisen kirjaamisen sisällön olevan tarkempaa, hyödyllisempää ja kattavampaa paperidokumentaatioon ja narratiiviseen kirjaamistapaan verrattuna (Gunningberg, Fogelberg-Dahm & Ehrenberg 2008, 281-282).

Sähköinen potilaskertomus ja rakenteinen kirjaaminen tuottavat laadukasta tietoa terveydenhuollon kehittämistä, tutkimusta, päätöksen tekoa sekä moniammatillista kommunikaatiota varten (Saba & Taylor 2007, 330). Ne toimivat myös edellytyksenä tiedon tarkoituksenmukaiselle käytölle potilasturvallisuuden sekä hoitotyön kehittämisessä ja johtamisessa (Westra, Subramanian, Hart, Matney, Wilson, Huff, Huber & Delaney 2010, 258). Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan valtakunnallisesti määriteltyjen terveydenhuollon prosessien ydintietojen mukaista yhtenäistä kirjaamistapaa (Winblad, Reponen, Hämäläinen & Kangas 2008, 91), jota on esitelty tarkemmin kappaleessa 2.4 Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen.

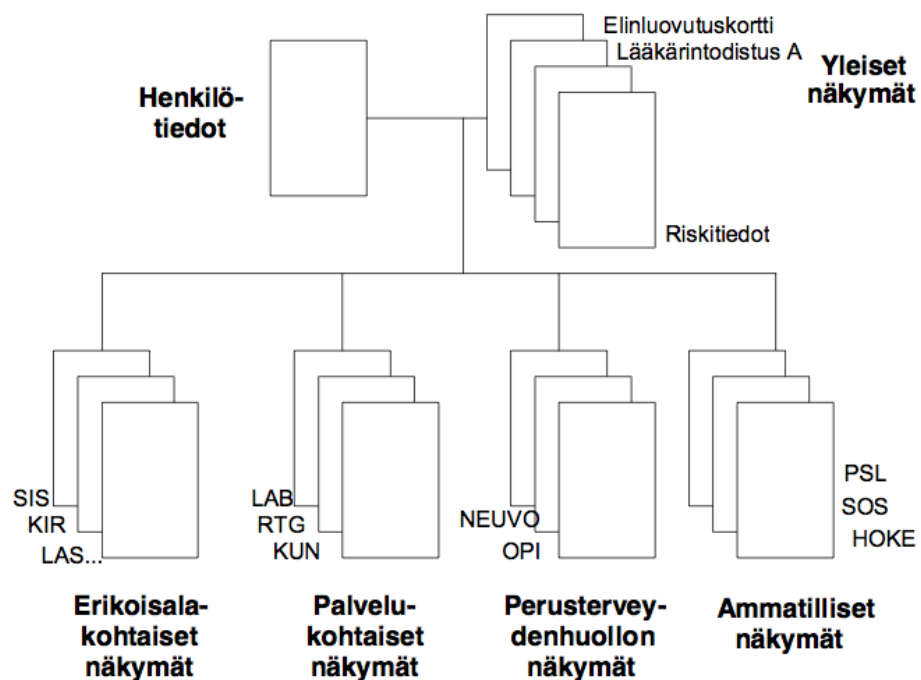
Tavoitteena on potilastietojen tallentaminen valtakunnalliseen sähköiseen potilastietoarkistoon (KanTa) keskitetysti, tietoturvallisesti sekä yhdenmukaisesti. Sähköinen potilaskertomus edistää terveydenhuollon palvelujen tuottamista potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä parantaa potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. (Suomen Fysioterapeutit 2010, 7.)

Yhteisesti sovittujen tietosisältöjen eli ydintietojen käyttö on edellytyksenä sähköiselle potilaskertomukselle (Hartikainen ym. 2009, 10). Suomessa on vuosien 2003-2008 välillä laadittu määrittelyt valtakunnallisesti yhteensopiville potilaskertomuksille, mikä osaltaan edesauttaa Kelan ylläpitämän keskitetyn kansallisten terveystietojen sähköisen arkiston yhteiskäyttöä ja eri tietojärjestelmien keskinäistä tiedonvaihtoa. Asiantuntijaryhmät ovat koonneet ydintietomäärittelyt, joihin on koottu potilaiden hoidossa tarvittavat keskeiset tiedot sekä sovittu niiden tietosisällöt, käyttötarkoitukset, luokitukset ja konteksti, jossa ne esitetään. (Kunnat.net 2013.)

Ajan tasalla olevaa tietoa voidaan hyödyntää sähköisen potilaskertomuksen avulla samanaikaisesti useassa eri toimipaikassa ja tiedon luettavuus sekä haettavuus on parempi kuin paperisessa kertomuksessa. Tietojen esittäminen rakenteisessa muodossa ja niiden yhtenäinen käyttöönotto helpottavat potilastiedon yhdenmukaista hyödyntämistä eri tietojärjestelmissä. Tiedon esittäminen rakenteisessa muodossa käyttäen yhdenmukaisia nimikkeistöjä, luokituksia, sanastoja tai koodeja tuottaa käyttäjälle merkittävää toiminnallista lisäarvoa mahdollistamalla kertaalleen kirjatun tiedon hyödyntämisen erilaisissa käyttötarkoituksissa. (Hartikainen ym. 2009, 14.)

Potilaskertomuksen rakenteen tulee olla yhdenmukainen, moniammatillinen sekä hierarkisesti muodostuva selkeä kokonaisuus (Suomen Fysioterapeutit 2010, 8). Rakenne sähköisessä potilaskertomuksessa muodostuu erilaisista tietokokonaisuuksista eli näkymä ja lisänäkymät, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot (Hartikainen ym. 2009, 21).

Tietokokonaisuuksista näkymät sisältävät yleiset, lääketieteen erikoisala-kohtaiset, palvelukohtaiset ja perusterveydenhuollon näkymät sekä erilaiset ammatilliset näkymät (KUVIO 4). Ammatilliset näkymät on tarkoitettu lääkäreitä ja hammaslääkäreitä lukuun ottamatta muille laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille (esimerkiksi fysioterapeutit), jotka kirjaavat tietoja potilasasiakirjoihin. Näkymä tarkoittaa terveydenhuollon kokonaisuutta, joka sitoo tiedon tiettyyn tietojen ja hoitokokonaisuuteen kuten ammattialaan. (Hartikainen ym. 2009, 22.) Fysioterapeuteilla on oma ammatillinen näkymänsä (Suomen Fysioterapeutit 2010, 9).



KUVIO 4. Sähköisen potilaskertomuksen näkymiä (Kansallinen terveystietokanta 2009, 21).

Erilaiset näkymät pitävät sisällään hoitoprosessin eri vaiheet eli tulotilanteen, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen sekä hoidon arvioinnin. Potilaskertomuksessa käytetään kaikkia hoitoprosessin vaiheita ja jokaisessa vaiheessa tiedot kirjataan kansallisesti määriteltyjen otsikoiden alle hyödyntäen ydintietoja sekä niille määriteltyjä luokituksia, nimikkeistöjä sekä vapaamuotoista tekstiä (KUVIO 5). (Suomen Fysioterapeutit 2010, 9.)



KUVIO 5. Kirjaamisen rakenteisuus (Suomen Fysioterapeutit 2010, 9).

Kansallisen terveystietokannan ydintieto-oppaassa on mainittu 27 otsikkoa, jotka ovat kansallisesti määriteltyjä otsikoita ja joita terveydenhuollon eri toimijoiden edellytetään käyttävän. Kansallisten otsikoiden avulla potilaskertomustekstiä jäsennetään asiaryhmiin ja otsikot auttavat hahmottamaan, mitä asioita teksti pitää sisällään. Ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisiä potilaan terveydenhoitoon liittyviä tietoja, jotka ovat yhteisiä eri erikoisaloilla. Ydintietojen kirjaaminen edellyttää standardoitujen termistöjen käyttöä. Tällaisia termistöjä ovat esimerkiksi Fysioterapianimikkeistö 2007 ja Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveystietojen, toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden ICF-luokitus. (Suomen Fysioterapeutit 2010, 9-10.)

2.4 Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan, että etukäteen on sovittu ainakin otsake-taso kirjattavasta tiedosta. Otsakkeiden tai nimikkeiden alle voidaan kirjata vapaamuotoista tekstiä tai hyödyntää erilaisia luokituksia ja nimikkeistöjä. (Ensio & Saranto 2004, 10.) Fysioterapian rakenteista kirjaamista ohjaavat kansallisesti sovitut otsikot sekä ICF-viitekehysten mukaan päivitetty Fysioterapianimikkeistö (Suomen Fysioterapeutit 2010, 11, Holma 2007, 9).

Rakenteisessa muodossa kirjatun tiedon on todettu tuottavan merkittävää hyötyä potilaan hoitoon osallistuvalla henkilöstölle, terveydenhuollon johtajatasolle päätöksen tekoa varten sekä tutkijoille ja kehittäjille alueellisesti, valtakunnallisesti ja kansainvälisesti (Hannah, White, Nagle & Pringle 2009, 524). Rakenteisen kirjaamisen avulla voidaan osoittaa tehdyn työn hyödyt potilaalle sekä tuoda tehty työ näkyväksi (Jefferies, Johnson & Griffiths 2010, 112-113).

Hoitotyön puolella haavahoidosta tehdyn väitöstutkimuksen mukaan rakenteisella kirjaamisella todettiin olevan monia positiivisia vaikutuksia. Rakenteinen kirjaaminen toi dokumentointiin tilastollisesti merkittävää kirjaamisen parantumista sekä täsmällisempää kirjaamista. Tutkimuksessa havaittiin yleistä positiivista suhtautumista rakenteiseen kirjaamiseen sekä ymmärryksen ja tietoisuuden lisääntymistä. (Kinnunen 2013, 85.)

Rakenteisesti kirjattu tieto on helppo hakea sähköisten potilaskertomusten suuren tietomäärästä ja haetusta tiedosta voidaan koota erilaisia raportteja sekä tilastoja esimerkiksi johtamista ja työn kehittämistä varten. Tiedon nopeamman ja paremman hyödynnettävyyden voidaan olettaa vaikuttavan myös terveydenhuollossa tehtävän työn laadun paranemiseen. (Hartikainen ym. 2009, 14.) Keskeisten rakenteisten potilastietojen sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten tietojen perusperiaatteita ovat tietosisältöjen yhteneväisyys julkisilla ja yksityisillä palvelun tarjoajilla sekä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Potilaskertomus palvelee eri ammattiryhmien tarpeita ollen moniammatillinen. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 24.)

Fysioterapeutit sekä kuntohoitajat kirjaavat hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti ammatilliselle näkymälle eli terveydenhuollon työntekijälle tarkoitettulle ammatialakohtaiselle kirjaamisnäkymälle kuntoutujan fysioterapian, kuntoutuksen, ohjauksen ja muun palvelun suunnittelun, toteutuksen sekä lopputuloksen. Rakenteisessa kirjaamisessa on käytössä kansallisesti sovitut Ydintieto-oppaan otsikot ja fysioterapian osalta kirjaamisessa on suositeltu käytettäväksi seuraavia kansallisia otsikoita:

- Apuvälineet
- Esitiedot (anamneesi)
- Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot
- Konsultaatio
- Kuntoutus
- Lausunnot
- Loppuarvio
- Preventio
- Suunnitelma
- Testaus- ja arviointitulokset
- Toimintakyky
- Väliarvio
- Muu merkintä

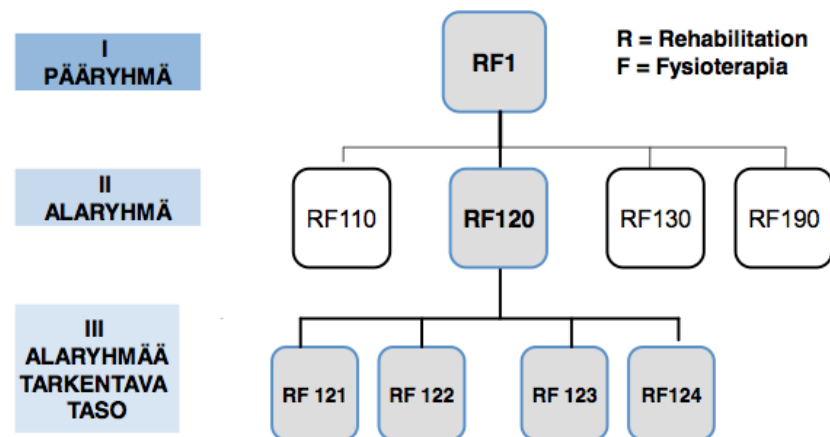
(Suomen Fysioterapeutit 2010, 11.)

Fysioterapian rakenteisessa kirjaamisessa kansallisten otsikoiden lisäksi työkaluna käytetään Fysioterapianimikkeistöä 2007 (Holma ym. 2012, 7). Fysioterapianimikkeistö on fysioterapeutin työväline, jonka lähtökohtana on ollut saada alalle yhteinen pohja käsitteiden ja termien yhdenmukaisempaa käyttöä varten. Nimikkeistön avulla voidaan määrittää, mitä fysioterapeutin työ ja potilaan saama fysioterapiapalvelu sisältävät. (Holma 2007, 15.)

Ensimmäinen fysioterapianimikkeistö valmistui vuonna 1989 ja vuonna 2000 nimikkeistö päivitettiin ensimmäisen kerran. Viimeisin, vuonna 2007 valmistunut fysioterapianimikkeistö on tulos päivitystyöstä, jossa edellinen nimikkeistö uudistettiin vastaamaan ajankohtaisia tarpeita ja vaatimuksia. Tarve päivitykseen syntyi

sekä kansainvälisten että kansallisten haasteiden johdosta. Tavoitteena oli ajanmukaistaa fysioterapianimikkeistöä kielellisesti sekä päivittää nimikkeistöä maailman terveysjärjestö WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kuvausjärjestelmän (ICF) kautta. Kansallisella tasolla sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto on edellyttänyt myös fysioterapiatiedoilta luokiteltua ja jäsennettyä dokumentointitapaa. (Holma 2007, 3, 7-9.)

Fysioterapianimikkeistön nimikkeet tarkentavat rakenteisen kirjaamisen kansallisia otsikoita ja jäsensivät vapaata tekstiä. Nimikkeistö koostuu kolmiportaisesta rakenteesta (KUVIO 6) ja muodostuu kirjaintunnisteesta, numerokoodista ja sanallisesta selitteestä. (Holma ym. 2012, 7.) Ensimmäinen pääryhmä määrittää fysioterapiapalvelua yleisellä tasolla kuten RF1 Fysioterapeuttinen tutkiminen ja arviointi. Toinen alaryhmä tarkoittaa ensimmäisen pääryhmän käsitettä kuten RF120 Fysioterapeuttinen tutkiminen. Kolmas alaryhmää tarkentava taso kuvaa fysioterapiapalvelua vieläkin yksityiskohtaisemmin kuten RF123 Liikkumisen arviointi. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 1-2.)



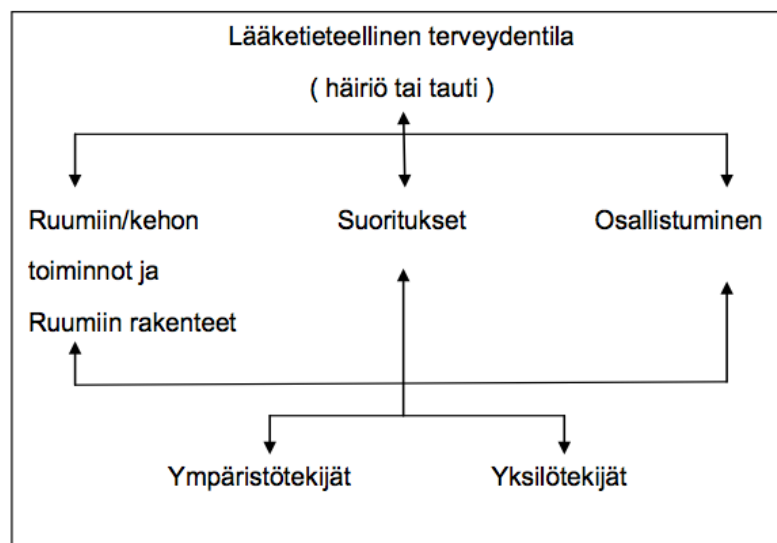
KUVIO 6. Fysioterapianimikkeistön kolmiportainen rakenne (Holma ym. 2012, 8).

ICF-luokitusta käytetään laaja-alaisesti kuntoutuksen ja fysioterapian viitekehyksenä sekä rakenteisen kirjaamisen pohjana. Lyhenne ICF tarkoittaa toimintaky-

vyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta, joka tarjoaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen sekä viitekehyksen kuvaamaan toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. ICF-luokitus on uusi kansainvälinen standardi, jonka avulla voidaan kuvata ihmisten toimintaedellytyksiä ja välittää terveyttä sekä terveydenhuoltoa koskevaa tietoa eri ammatti- ja tieteenaloille kautta maailman. (World Health Organisation & Stakes 2011, 3.)

ICF-luokituksen tavoitteena on luoda yhtenäinen tapa kuvata toiminnallista terveydentilaa ja parantaa eri käyttäjäryhmien välistä viestintää sekä mahdollistaa tietojen vertaaminen eri maiden, terveydenhuollon erikoisalojen sekä palveluiden välillä. Luokittelun tavoitteena on myös yhtenäisen koodausjärjestelmän tarjoaminen terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten. Käytännön työssä ICF-luokitusta voidaan hyödyntää muun muassa kuntoutustarpeen, työkyvyn sekä kuntoutuksen ja terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden arviointiin. Luokitusta voidaan käyttää myös toiminnan tuloksellisuuden, elämänlaadun ja ympäristötekijöiden mittaamiseen. (World Health Organisation & Stakes 2011, 5.)

Toimintakyky ja toimintarajoitteet voidaan ICF-luokituksen avulla luokitella monitahoisesti vuorovaikutteisina kehitysprosesseina (KUVIO 7). Yksilön toimintakyky määräytyy hänen lääketieteellisen terveydentilansa sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Ruumiin/kehon toimintojen tai Ruumiin rakenteiden yhden tai useamman vajavuuden voidaan olettaa alentavan suorituskykyä. Vastaavasti suorituskyvyn aleneman voidaan otaksua heikentävän suoritustasoa. Kun halutaan kuvata terveyttä kokonaisuutena, on hyödyllistä huomioida ICF-luokituksen kaikkia osa-alueita. (World Health Organisation & Stakes 2011, 18-19.)



KUVIO 7. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (World Health Organisation & Stakes 2011, 18).

2.5 Kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset

Kirjaamista ohjaava ja valvova lainsäädäntö muodostuu eri laeista, asetuksista ja ohjeista. Potilaskertomusjärjestelmässä lait ohjaavat kirjaamista tavoitellen hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta sekä vaikuttavat potilaan ja terveydenhuoltoalan työntekijän oikeusturvan toteutumiseen. (Haho 2009, 38.) Hoitosuhteen luottamuksellisuuden syntyminen ja säilyminen edellyttää erityistä huolellisuutta potilastietojen käsittelyssä. Potilastietojen käsittelystä ja niitä koskevista salassapitovelvoitteista säädetään useissa eri laeissa, jotka täydentävät toisiaan ja joita voidaan soveltaa rinnakkain tilanteen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 15.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön on toiminnassaan koulutuksensa mukaisesti sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja perusteltuja menettelytapoja, joita hänen on myös pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattihenkilön tulee ottaa toiminnassaan tasapuolisesti huomioon asiakkaalle koitua hyöty sekä mahdolliset haitat. Fysioterapeutti on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnan päämääränä tulee olla sairauksien ennaltaehkäiseminen, terveyden ylläpitäminen

ja edistäminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. (Terveystieteiden ammattihenkilöistä annettu laki 559/1994.)

Terveystietolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, työ- ja toimintakykyä, hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta. Lain avulla pyritään kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä toteuttamaan kansalaisten tarvitsemien palvelujen laatua, saatavuutta sekä potilasturvallisuutta. Terveystietolain tarkoitus on vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä sekä parantaa terveydenhuollon toimijoiden, muiden toimijoiden ja kunnan eri toimialojen välistä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (Terveystietolaki 30.12.2010/1326.)

Potilaalla on oikeus saada asianmukaista ja laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Hoidon tai toimenpiteiden vaihtoehdoista on kerrottava ymmärrettävästi ja avoimesti. Potilasta on kohdeltava loukkaamatta hänen yksityisyytään, ihmisarvoaan tai vakaumustaan ja hänen on apua tarvitessaan oikeus saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja laissa säädetyn ajan kuluessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjat sekä niissä olevat tiedot ovat salassa pidettäviä ja potilaalle on oikeus tietää, mihin hänen tietojään käytetään. Potilaan ollessa tyytymätön saamaansa hoitoon, palveluun tai kohteluun hän voi tehdä muistutuksen toimintayksikön vastuuhenkilölle tai muistutuksen valvovalle viranomaiselle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Henkilötietolain tarkoituksena turvata henkilötietoja käsiteltäessä yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan noudattamista ja kehittämistä. Tietojen käsittelyyn liittyy keskeisinä käsitteinä henkilötieto ja henkilörekisteri. Henkilötiedolla tarkoitetaan kaikenlaista luonnollista henkilöä, hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi. Henkilörekisterillä tarkoitetaan käyttötarkoituksensa vuoksi yhteenkuuluvista merkinnöistä muodostuvaa tietojoukkoa, joka sisältää henkilötietoja. Laki edellyttää henkilötietojen käsittelijän noudattavan yksityisyyden suojaksi säädettyjä periaatteita sekä yksittäisten henkilötietojen laaduntarkkailua. Rekisterinpitäjän tulee myös suojata rekisteri teknisesti siten, että henkilötie-

dot ovat turvassa asiattomalta pääsylvä, vahingossa tai laittomasti tapahtuvalta hävittämiseltä, muuttamiselta, luovuttamiselta, siirtämiseltä sekä muulta käsittelylvä. (Henkilötietolaki 523/1999.)

Asiakastietolaissa säädetään julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveystalveluiden valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista sekä asiakastietojen sähköisestä käsittelylvä. Laki sisältää säädökset tietojen salassapidosta, luovutuksesta, arkistoinnista sekä asiakkaan oikeuksista saada tietoa itseään koskevista asiakastiedoista. Julkisen terveydenhuollon palvelutuottajien tulee liittyä kansalliseen sähköiseen potilasasiakirjojen arkistopalveluun 1.9.2014 mennessä ja yksityisen terveydenhuollon palvelutuottajien 1.9.2015 mennessä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelylvä 159/2007.)

Potilasasiakirjoja koskeva asetus sisältää säännökset potilasasiakirjojen laatimisesta, niihin merkittävistä tiedoista sekä potilasasiakirjojen säilytystavoista ja –ajoista. Potilasasiakirjoihin tulee sisällyttää potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen kannalta riittävät, tarpeelliset ja virheettömät tiedot ja tietoja tulee käsitellä tietoturvan ja hyvän tietojenkäsittelytavan mukaisesti. Asetus edistää potilaan hyvää ja laadukasta hoitoa, potilassuhteen luottamuksellisuutta, potilaan yksityisyyden suojaa sekä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön oikeusturvaa. Asetuksella lyhennetään määräaika, jonka sisällä potilasasiakirja on laadittava sekä toimitettava edelleen ja näin ollen nopeutetaan tiedon siirtymistä esimerkiksi jatkohoitoa ajatellen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Terveydenhuollon valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja koskevassa asetuksessa säädetään siitä, mitkä asiakirjat ja missä aikataulussa tulee tallentaa valtakunnalliseen arkistointipalveluun. Lisäksi asetuksessa säädetään potilaan tiedonhallintapalvelun kautta näytettävistä potilaan hoidon kannalta keskeisistä tiedoista. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista 165/2012.)

2.6 Kansalliset ja kansainväliset suositukset

Kirjaamista koskevan lainsäädännön lisäksi fysioterapian dokumentoinnissa tulee noudattaa hyvään fysioterapiakäytäntöön perustuvia suosituksia. Suosituksia on laadittu sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla. (Holma ym. 2012, 10.)

Maaailman fysioterapialiiton mukaan fysioterapeutin tulee selkeästi kirjata kaikki asiakasta koskevat hoitotiedot mukaan lukien alkututkimuksen ja -arvion tulokset, diagnoosi, ennuste/hoidosuunnitelma, annettu hoito, hoidon vaste, muutokset asiakkaan tilassa suhteessa annettuihin hoitoihin, loppuarvio ja hoitointervention päätyminen sekä muut hoitoa koskevat toimet. Fysioterapeutti varmistaa kirjaamisen sisällön olevan täsmällistä, luettavissa olevaa ja oikea-aikaista. Kirjatun tekstin tulee olla päivätty sekä fysioterapeutin asianmukaisesti todentama. Asiakkaalle lainatut tai myönnetyt apuvälineet tulee asianmukaisesti kirjata ylös. Fysioterapeutin tulee kirjata potilaan tilanne myös siinä tapauksessa, jos hoitointervention keskeytyy ennen tavoitteiden saavuttamista sekä perustelu hoidon päättymiselle. (World Confederation for Physical Therapy 2011, 10.)

Fysioterapeutti varmistaa kirjatun tiedon asianmukaisen käsittelyn säilyttämällä yksityisiä ja tietosuojan alaisia potilaspapereita lain määrittämällä tavalla. Fysioterapeutin tulee myös varmistaa, että potilastietoja luovutetaan asianmukaisesti asiakkaan luvalla ja tiedot ovat johdonmukaisia kirjaamista koskevien vaatimusten kanssa. (World Confederation for Physical Therapy 2011, 10.)

Fysioterapian Euroopan ydinstandardien mukaan potilaan hoidon helpottamiseksi ja lain vaatimusten noudattamiseksi potilaan fysioterapia tulee dokumentoida ensikontaktista lähtien. Potilaan fysioterapia tulisi kirjata heti hoitokontaktin päätyttyä tai ennen hoitokontaktipäivän loppua. Potilastietojen tulee olla oikea-aikaisia, ytimekkäitä, lukukelpoisia, johdonmukaisia, päivättyjä, täsmällisiä sekä sisältää riittävät tiedot annetusta hoidosta. Fysioterapeutin nimen tulee olla printatussa muodossa jokaisen hoitokontaktia koskevan tekstin perässä. (WCPT European region 2008, 29-30.)

Hyvä fysioterapiakäytäntö yhdistää fysioterapeuttisen tutkimisen ja arvioinnin, suunnittelun ja fysioterapian toteutuksen näyttöön perustuvan tiedon perusteella

toimivaksi kokonaisuudeksi (Suomen Fysioterapeutit 2010, 11). Fysioterapiapalveluiden tavoitteena on edistää ja ylläpitää parasta mahdollista liikunta- ja toimintakykyä koko kuntoutujan eliniän ajan. Fysioterapeutti toimii yhteistyössä potilaan, tämän läheisten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja organisaatioiden kanssa parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi. (World Confederation for Physical Therapy, 2011.)

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

3.1 Kehittämistoiminnan prosessi

Suomalainen työelämä elää jatkuvassa muutoksessa. Kehittämistoiminnan avulla tavoitellaan aikaisempaa parempia ja tehokkaampia toimintatapoja ja työmenetelmiä. Perinteisesti kehittämisen keskeisiä toimijoita ovat olleet erilaiset työyhteisöt, organisaatiot ja yritykset, mutta viimeaikoina kehittäminen on nähty myös laajemmin. Kehittämistoiminta tapahtuu usein yksittäisten organisaatioiden sijaan verkostoissa, joissa voi olla toimijoita esimerkiksi julkissektorilta ja yrityselämästä. (Toikko & Rantanen 2009, 16-17.) Tähän kehittämishankkeeseen osallistuu julkissektoria edustavan organisaation kaksi toimintayksikköä.

Kehittämisprosessi muodostuu viidestä eri tehtäväkokonaisuudesta, joita ovat perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi. Kehittämistoiminnan lähtökohtien määrittely on edellytyksenä toiminnan organisoinnille, toteutukselle ja arvioinnille. Kehittämisen perustelu liittyy yleensä johonkin ongelmaan tai visioon ja olennaista on löytää vastaus kysymykseen, miksi jotakin on kehitettävä juuri nyt. Kehittäminen rajataan yleensä yhteen tai kahteen tavoitteeseen. (Toikko & Rantanen 2009, 57.) Tässä hankkeessa kehittämistoiminta perustuu käytännön työstä nousseeseen tavoitteeseen yhtenäistää psykofyysisen fysioterapian kirjaamista laadukkaana potilastyön varmistamiseksi. Kirjaamisen kehittäminen on sosiaali- ja terveysalalla ajankohtainen haaste.

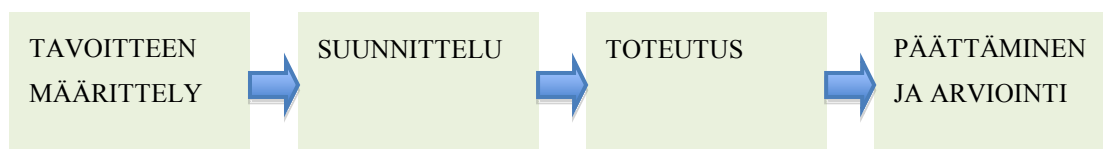
Kehittämistoiminnan organisoinnilla tarkoitetaan käytännön toteutuksen suunnittelua sekä valmistelua, jossa lähtökohtana on toiminnan tavoite. Organisoinnin keskeinen osa on toimijoiden määrittely. Toimijat voivat olla esimerkiksi virallisia organisaatioita, järjestöjä, ammattihenkilöstöä tai palvelun käyttäjiä. Lähtökohtana voidaan pitää sitä, että kehittämistoimintaan osallistuvat kaikki, joita prosessi tavalla tai toisella koskettaa. (Toikko & Rantanen 2009, 58.) Tässä kehittämishankkeessa toimijoina ovat kolme psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunutta fysioterapeuttia eli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymässä työskentelevät psykofyysisen fysioterapian erikoisalan työntekijät.

Kehittämisprosessin toteutukseen kuuluu ideointi, priorisointi, kokeilu ja mallintaminen, joiden avulla pyritään saavuttamaan asetettu tavoite. Kehittämistoiminta on konkreettista tekemistä, jonka avulla pyritään esimerkiksi jäsentämään omaa työtä, kokeilemaan uusia työtapoja tai kehittämään yhteistyötä. Konkreettisen tekemisen ohella kehittämisprosessiin sisältyy myös pohtiva ja analysoiva taso. (Toikko & Rantanen 2009, 59-60.) Tässä hankkeessa kehittämisprosessin toteutusvaiheeseen sisältyy potilastekstien kerääminen prosessiin osallistuvilta fysioterapeuteilta ja niiden läpikäyminen sisällön analysoinnin avulla. Potilastekstien avulla verrataan kirjaamiskäytäntöjen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä pyritään luomaan yhteneväinen kirjaamistapa, joka vastaa myös yleisesti suositeltavia kirjaamiskäytäntöjä.

Arviointi on osa kehittämisprosessia, jossa puntaroidaan toiminnan perustelua, organisointia ja toteutusta. Yksinkertaisesti voidaan sanoa, että arvioinnilla analysoidaan sitä, onko kehittäminen saavuttanut tarkoituksensa. Kehittämisprosessin tulosten levittäminen eli juurruttaminen edellyttää usein omaa erillistä prosessia, eikä välttämättä nivoudu selkeästi varsinaisen kehittämisprosessin sisälle. (Toikko & Rantanen 2009, 61-62.) Tämä kehittämishanke rajautuu yhtenäisen kirjaamismallin kehittämiseen, eikä sisällä seuranta siinä, kuinka kirjaamismallia hyödynnetään käytännön työssä.

3.2 Lineaarinen malli kehittämishankkeen toteutuksessa

Edellä mainituista tehtävistä muodostuvaa kehittämisprosessia voidaan hahmottaa monella eri tavoin. Tässä kehittämishankkeessa kuvaajaksi valittiin lineaarinen malli (KUVIO 8).



KUVIO 8. Projektityön lineaarinen malli (Toikko & Rantanen 2009, 64).

Kehittämisosprosessin ensimmäisessä vaiheessa määritellään kehittämistoiminnan tavoite, joka voi perustua esimerkiksi tunnistettuun tarpeeseen tai toimintaympäristön muutoksen aiheutuvaan paineeseen. Tavoitteen määrittely on koko kehitystoiminnan perusta, jolle prosessi rakentuu. (Toikko & Rantanen 2009, 64.)

Suunnitteluvaiheessa kehittämisosprosessille määritellään siihen osallistuvat toimijat ja voidaan laatia riskianalyysi. Suunnitteluvaiheen tuloksena syntyy tarkennettu projektisuunnitelma, johon sisältyy aikataulu, budjetti, riskianalyysi, resurssianalyysi, projektiorganisaatio, työsuunnitelma sekä viestintä- ja dokumentointisuunnitelma. (Toikko & Rantanen 2009, 64-65.)

Toteutusvaiheen aikana valmistetaan suunnitelman mukainen tuote tai malli. Toteutukseen liittyy myös kehittämisosprosessin tulosten käyttöönotto, minkä avulla pyritään varmistamaan tulosten hyödynnettävyys ja juurruttaminen. (Toikko & Rantanen 2009, 65.)

Kehittämisosprosessi on ajallisesti rajattu ja sillä on selkeä päätepiste. Kehittämisosprosessi pyritään lopettamaan suunnitellusti ja sen viimeinen vaihe on päättäminen ja arviointi. Päätös vaiheeseen sisältyy kehittämisosprosessin loppuraportti sekä jatkoideoiden esittäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 65.)

3.3 Kehittämishankkeen eteneminen

Tämän kehittämishankkeen ensimmäinen vaihe eli tavoitteen määrittely käynnistyi syksyllä 2012 yhdessä opinnäytetyön tekijän työnantajan eli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän erikoissairaanhoidon fysiatrian kanssa. Fysiatriassa ajankohtaisena kehittämishaasteena on ollut fysioterapian kirjaamisen kehittäminen, joka on käynnistynyt vuonna 2009. Fysiatrian kirjaamisen kehittämishankkeen tavoitteena oli fysio- ja toimintaterapian kirjaamisen toteutuminen kansallisen lainsäädännön ja valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Lisäksi tavoitteena oli kirjaamisen laadun kehittäminen sisältäen kirjaamisrakenteen ja -sisällön yhdenmukaistamisen ja selkiyttämisen, tiedon paremman hyödynnettävyyden sekä päällekkäisen kirjaamisen vähentymisen. Kirjaamisen kehittämiseen osallistui kaikki kuusi fysiatrian pienryhmää, joista psykofyysisen pienryhmän kirjaamisen

kehittäminen laajeni tämän kehittämishankkeena toteutettavan opinnäytetyön myötä koskemaan myös psykiatrian avohoidon fysioterapiakirjaamista.

Vuonna 2011 toteutettiin fysiatrian itsearviointi ITE-menetelmää käyttäen ja arvioinnin myötä toimintayksikön tavoitteeksi nousi pienryhmittäin yhden terapiaprosessin tuottaminen sisällönkuvauksineen kansallisten otsikoiden, ammattiryhmäkohtaisen nimikkeistön sekä ICF-viitekehyksen mukaan. Psykofyysisen fysioterapian pienryhmässä laadittiin psykofyysinen yksilöterapiaprosessin kuvaus (Liite 1), joka valmistui keväällä 2013. Prosessikuvaus toimi tukena kirjaamismallin kehittämislle.

Tämän kehittämishankkeen aihe tarkentui loppuvuoden 2012 aikana tekijän oman erikoisalan eli psykofyysisen fysioterapian kirjaamisen mallin kehittämisprosessiksi, koska käytännön työssä oli noussut esille kirjaamisen sisällön kirjavuus. Myös teoriatietoon tutustuminen tuki aihetta ja sen ajankohtaisuutta. Työn alkupe-
räisenä ajatuksena oli tuottaa psykofyysisen fysioterapian alueellinen kirjaamismalli, mutta työn edetessä alueellinen näkökulma tiivistyi yhden organisaation sisäiseksi kehittämisprosessiksi. Tässä kehittämishankkeessa psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallia kehitettiin erikoissairaanhoidon fysiatrian psykofyysisessä pienryhmässä osana fysiatrian laajempaa kirjaamisen kehittämishanketta.

Suunnitteluvaiheessa määriteltiin hankkeen kehittämishankkeeseen osallistuvat toimijat. Kevään 2013 aikana lähestyttiin sähköpostitse Päijät-Hämeen alueella toimivia organisaatioita, joissa toteutetaan pääasiallisena työmenetelmänä psyko-
fyysistä fysioterapiaa. Alueen psykofyysiset fysioterapeutit olivat kokoontuneet säännöllisesti alueellisten tapaamisten merkeissä, joten toimijat olivat ennestään tuttuja ja heitä oli helppo lähestyä. Kiinnostusta kehittämishankkeeseen osallistumisesta tiedusteltiin neljältä eri organisaatiolta, mutta muun muassa eri toimijoiden kiireisten aikataulujen vuoksi työ rajoittui lopulta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän sisäiseksi kehittämisprosessiksi, johon osallistui erikoissairaanhoidon fysiatriassa sekä psykiatrian avohoidossa työskentelevät psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneet fysioterapeutit. Kaksi kolmannella sektorilla työskentelevää psykofyysistä fysioterapeuttia lupautui alustavasti työhön mukaan, mutta toteutusvaiheessa yhteistyö kariutui toimintayksikön muuttokiireisiin sekä organisaation sisäisesti haasteelliseen tilanteeseen.

Suunnitteluvaiheeseen sisältyi riskianalyysi, joka toteutettiin SWOT-analyysin avulla (TAULUKKO 1). SWOT on nelikenttäanalyysi, jonka tulosten pohjalta pyritään toiminnan kehittämiseen. Analyysin avulla arvioitiin vahvuuksien hyödyntämistä ja heikkouksien parantamista sekä huomioitiin toimintaympäristön mahdollisuudet ja uhkatekijät. (Koski 2004, 15.)

TAULUKKO 1. Riskianalyysi SWOT-nelikenttäanalyysiä hyödyntäen.

<p>VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehittämiskeskeisen ajankohtaisuus • Psykofyysisen fysioterapian asiantuntijuus • Julkisen ja yksityisen sektoreiden edustus • Toimijoiden tuttuus 	<p>HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eri toimijoiden ajallisesti vähäiset resurssit
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eri organisaatioiden yhteistyön tiivistyminen • Yhteisen kirjaamismallin myötä työkäytäntöjen yhtenäistyminen → potilastyön laadun parantuminen • Kirjaamismallin alueellisesti laajempi käyttö 	<p>UHAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resurssien vähyys → yhteistyö vähäistä • Työn sisällön erilaisuus → yhteneväisen kirjaamismallin kehittämisen haastavuus


Kehittämishankkeen vahvuuksiksi nousivat aiheen ajankohtaisuus ja toimijoiden asiantuntijuus psykofyysisen fysioterapian alueella. Alunperin vahvuutena pidettiin eri organisaatioiden yhteistyötä ja näkökulmien saamista sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta, mutta lopulta työ rajautui julkisen sektorin näkökulmaksi. Kehittämishankkeeseen osallistujien tuttuus helpotti käytännön työn tekemistä. Heikkoutena voitiin pitää eri toimijoiden ajallisten resurssien vähyyttä, jonka osaltaan ajateltiin voivan vaikuttaa toimijoiden kehittämishankkeeseen osallistumiseen.

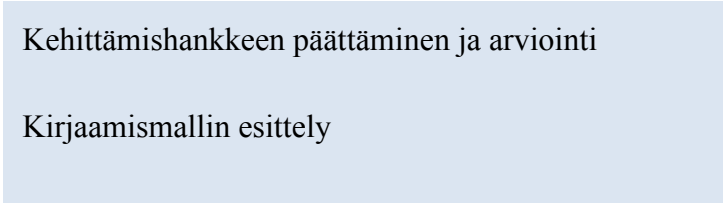
Kehittämishankkeen mahdollisuuksia olivat eri organisaatioiden yhteistyön tiivistyminen ja työkäytäntöjen yhtenäistyminen entistä laadukkaamman potilastyön toteuttamiseksi. Mahdollisuudeksi nähtiin psykofyysisen kirjaamismallin käytön laajeneminen Päijät-Hämeen ulkopuolelle ja tätä kautta alueellisesti laajemman kirjaamisen kehittyminen.

Uhkatekijäksi kehittämishankkeelle nousi mahdollinen yhteistyön vähyys resursien vähyys vuoksi. Myös eri organisaatioiden erilaisten työkäytäntöjen nähtiin tuovan haastetta yhteneväisen kirjaamiskäytännön rakentamiselle.

Kehittämishankkeen suunnitteluvaiheeseen sisältyi aikataulun luominen. Hankkeen aikataulu eteni seuraavanlaisesti:




 Kevät 2014


 Kehittämishankkeen päättäminen ja arviointi

Kirjaamismallin esittely

Kehittämishankkeen suunnitteluvaiheen lopuksi osallistuttiin kesäkuussa 2013 opinnäytetyön suunnitelmaseminaariin, jonka jälkeen oli luontevaa siirtyä kehittämishankkeen seuraavaan vaiheeseen eli toteutusvaiheeseen.

Toteutusvaiheen alussa eli kesällä 2013 aloitettiin kehittämishanketta ja tutkimusaineiston keruuta varten tarvittavien lupa-asioiden selvittäminen. Kesä osoittautui vuosilomien vuoksi haasteelliseksi ajaksi ja tutkimuslupaa sekä rekisteriselostetta koskeva hakemus jätettiin käsiteltäväksi syyskuussa. Tutkimuksen luonteeksi määriteltiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän muu sisäinen hanke, jonka tarkoituksena oli ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Opinnäytetyön tekijä määriteltiin hankkeesta vastaavaksi henkilöksi sekä tutkimusaineistoa koskevan tutkimusrekisterin pitäjäksi ja vastuuhenkilöksi. Rekisteriselosteessa rekisterin nimeksi määriteltiin Psykofyysisen fysioterapian rekisteri. Henkilötietojen käsittelyn tarkoituksena määriteltiin psykofyysisen kirjaamismallin kehittäminen ja tätä kautta oman toiminnan sekä potilastyön laadun kehittäminen. Rekisteriselosteeseen kirjattiin huomioon otavana seikkana se, että kehittämishanketta koskevan potilaskertomusaineiston kohdalla hankkeeseen osallistuvien fysioterapeuttien hoitosuhde potilaaseen oli päättynyt.

Rekisteriselosteen säännönmukaisiksi tietolähteiksi määriteltiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän Effica-tietokanta, johon psykofyysiset fysioterapeutit kirjaavat käyntitekstit (P-FYST-näkymä). Rekisterin tietosisällöksi määriteltiin P-FYST-näkymän tiedot ilman henkilö-/tunnistetietoja. Rekisteritiedot määriteltiin salassa pidettäväksi ja tietoja käsitteleviä henkilöitä koski vaitiolovelvollisuus. Kerätty aineisto oli vain opinnäytetyön tekijän käytössä ja rekisteri määrättiin hävitettäväksi tietosuojajätteenä kokonaisuudessaan hankkeen päätyttyä. Tutkimuslupa myönnettiin hakemuksen mukaisesti lokakuussa 2013 ja luvan myöntäjinä toimivat keskussairaalan johtaja sekä kuntoutuskeskuksen johtaja. Tutkimuslu-

pa määriteltiin koskemaan opinnäytetyön tekijää, erikoissairaanhoidon fysiatrian toista psykofyysistä fysioterapeuttia sekä Lahden psykiatrian poliklinikalla työskentelevää psykofyysistä fysioterapeuttia. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen kehittämishanke pääsi etenemään. Marraskuussa 2013 oli tarkoitus tavata kolmannella sektorilla toimivan organisaation toiminnanjohtaja ja esitellä hanketta, mutta tapaaminen peruuntui organisaation sisäisten asioiden vuoksi ja yhteistyökumppani vetäytyi hankkeesta.

Toteutusvaiheen aikana kerättiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden psykofyysisiltä fysioterapeuteilta heidän tuottamia potilastekstejä sisällön analysointia varten. Tutkimusaineistona toimi kohdeorganisaation fysioterapeuttien kirjoittamat potilastekstit, joiden analysoinnin perusteella kartoitettiin psykofyysisen fysioterapian kirjaamisen nykytilaa sekä dokumentoinnin yhteneväisyyksiä ja eroja. Kehittämishankkeesta oli alustavasti informoitu fysioterapeutteja toukokuussa 2013, joten aineiston keruu rajattiin niin, että potilaskertomusten fysioterapiajakson tuli olla päättynyt toukokuun 2012 ja toukokuun 2013 välisenä aikana. Rajauksella pyrittiin varmistamaan aineiston tuoreus ja se, ettei kirjaamisen sisältöön pystytty tietoisesti vaikuttamaan. Kultakin kohdeorganisaation fysioterapeutilta pyydettiin analysoitavaksi 6-7 potilaskertomusta, jotka he saivat itse valita. Potilastekstit käsiteltiin nimettöminä ja ilman tunnistetietoja niin, ettei potilaiden henkilöllisyys paljastunut missään vaiheessa. Analysoinnin jälkeen aineisto tuhottiin tietosuojan edellyttämällä tavalla.

Tutkimusaineiston analysoinnin jälkeen tuloksia verrattiin teoretietoon ja kirjaamista ohjaaviin käytäntöihin sekä suosituksiin, minkä pohjalta laadittiin kohdeorganisaatiolle psykofyysisen fysioterapian yhtenäinen kirjaamismalli. Kirjaamismallia kehitettiin yhdessä erikoissairaanhoidon fysiatrian psykofyysisen fysioterapian pienryhmän kanssa kehittämishankkeen tekijän vastatessa yksin teoretietoon ja aineiston keräämisestä ja analysoinnista sekä kirjallisen raportin tuottamisesta.

Erikoissairaanhoidon fysiatrian psykofyysisen fysioterapian pienryhmän molemmat työntekijät osallistuivat kirjaamismallin kehittämiseen valitsemalla fysioterapian kansallisista otsikoista omaa työtä parhaiten kuvaavat otsikot sekä näiden alle Fysioterapianimikkeistöstä tarkentavat otsikot. Kirjaamismalliin otettiin olennaisena osana mukaan ICF-viitekehys, jonka laajasta sisällöstä työntekijät yhdessä

määrittelivät psykofyysisen fysioterapian kirjaamiseen liittyvät osa-alueet sekä pääluokat. Työntekijät määrittelivät yhdessä kirjaamismallissa esiintyvän muistilistan, jonka tarkoitus on selventää ja tuoda käytäntöön kirjattavia asioita. Kirjaamismalli viimeisteltiin tammikuun 2014 aikana ja mallin kehittäminen kulki rinnakkain aineiston analyysin kanssa.

Erikoissairaanhoidon fysiatrian pienryhmässä kirjaamismallia kehitettiin perustyön ohella. Syksyn 2012 aikana pienryhmä työsti psykofyysisen yksilöfysioterapian prosessikuvausta sekä alustavaa kirjaamismallia noin kahden viikon välein pienryhmän 1,5 tunnin mittaisissa palaverissa. Loppuvuodesta perustyön kannalta toiminnan ollessa hiljaisempaa, varattiin kirjaamismallin kehittämistyöhön kaksi neljän tunnin mittaista työskentelyhetkeä. Vuoden 2013 aikana kirjaamismallin kehittämistä jatkettiin pienryhmän palaveriajalla noin kerran kuukaudessa pois-sulkien loma-ajat. Fysiatrian ja psykiatrian avohoidon toimipisteiden sijaitessa erillään ja perustyön ollessa kiireistä, psykiatrian avohoidon työntekijään yhteydenpito tapahtui pääasiallisesti puhelinkeskustelujen ja sähköpostin välityksellä.

Aineiston analyysin, teoriatiedon sekä kaikilta hankkeeseen osallistuneilta henkilöiltä saadun palautteen pohjalta kehittämishankkeen tekijä vielä viimeisteli kirjaamismallia lisäämällä malliin kaksi kansallista otsikkoa sisältöineen. Viimeistely kirjaamismalli esiteltiin kaikille hankkeeseen osallistuneille fysioterapeuteille maaliskuussa 2014. Kirjaamismalliin oltiin yleisesti tyytyväisiä, eikä korjaus- tai kehittämis ehdotuksia enää tullut. Tämän kehittämishankkeen tuloksena syntynyt psykofyysisen fysioterapian kirjaamismalli on esitelty tarkemmin liitteessä 2 sekä avattu tekstimuotoon kappaleessa 5.

Kehittämishankkeen viimeisenä vaiheena oli prosessin päättäminen ja arviointi. Hankkeen päättäminen ja arviointi piti sisällään opinnäytetyön kirjallisen version viimeistelyn.

4 AINEISTON ANALYSOINTI

4.1 Analysoitava aineisto

Analysoitavan aineiston muodosti kolmelta fysioterapeutilta kerätty koko fysioterapiajaksoa koskevat potilaskertomustiedot. Potilaskertomukset oli kirjattu sähköiseen muotoon Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä käytössä olevaan Effic 4.1-potilastietojärjestelmään. Potilaskertomuksia oli yhteensä 22 kappaletta, joista kahdeksan oli psykiatrian avohoidon työntekijältä ja 14 erikoissairaanhoidon fysiatrian kahdelta työntekijältä. Potilaskertomukset sisälsivät yhteensä 472 otsikoitua merkintää eli otsikon alle vapaamuotoisena tekstinä kirjattua yksittäistä fysioterapiakäyntiä kuvaavaa tai fysioterapiajaksoon muutoin liittyvää tietoa.

Fysioterapiajaksojen pituudet vaihtelivat kahdesta kuukaudesta 22 kuukauteen ja otsikoitujen merkintöjen määrät neljästä merkinnästä 67 merkintään. Erikoissairaanhoidon fysiatriassa psykofyysisen fysioterapiajakson keskimääräinen pituus oli 9,2 kuukautta ja psykiatrian avohoidossa 7,6 kuukautta. Fysiatriassa yhden potilaan fysioterapiajakso sisälsi keskimäärin 22 otsikoitua merkintää ja avohoidon puolella otsikoituja merkintöjä oli keskimäärin 20.

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, joka on yksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähestymistavoista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 162). Sisällönanalyysiä pidetään perusanalyysimenetelmänä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Kyseisellä menetelmällä kerättyä tietoaineistoa voidaan tiivistää siten, että tutkittavien ilmiöiden kuvailu on lyhyttä ja yleistettävää. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-23.)

Tutkimusaineistona käsiteltiin siis 22 fysioterapian potilaskertomusta, joissa oli yhteensä 472 otsikoitua kirjaamismerkintää. Vilkka (2005, 126-127) toteaa, että laadullisella tutkimusmenetelmällä analysoidun tutkimusaineiston kokoa ei säätele aineiston määrä vaan laatu. Saturaatio eli kylläisyyspiste saavutetaan, kun tutki-

musaineiston peruslogiikka alkaa toistaa itseään, eikä lisäaineiston kerääminen tuo oleellista uutta tietoa. Tässä opinnäytetyössä kerätty tutkimusaineisto vaikutti riittävältä käytettyjen otsikoiden sekä kirjaamissisältöjen alkaessa toistua samankaltaisina.

4.2 Kirjaamisessa käytetyt otsikot

Aineiston analysoinnissa potilaskertomuksista poimittiin aluksi niissä käytetyt otsikot. Psykiatrian avohoidossa ja erikoissairaanhoidon fysiatriassa psykofyysisen fysioterapian kirjaamisessa käytetyissä otsikoissa oli joitakin yhtäläisyyksiä, mutta myös paljon eroavaisuutta, joten käytettyjä otsikoita on käsitelty toimiyksikkökohtaisesti. Alla oleviin taulukoihin on kuvattu erikseen avohoidon ja fysiatrian työntekijöiden käyttämät otsikot ja niiden lukumäärät. Kirjaamisen kehittäminen ja Effica-potilastietojärjestelmän 4.1-version käyttöönotto on vaikuttanut jonkin verran otsikoiden kirjoitusmuotoon ja alla olevissa taulukoissa muutos näkyy samassa solussa olevina otsikoina.

Psykiatrian avohoidon psykofyysisessä fysioterapiassa (TAULUKKO 2) oli käytössä kahdeksan erilaista pääotsikkoa ja tarkentavia alaotsikoita ei ollut lainkaan käytössä. Esitiedot-otsikko (7) löytyi yhtä potilaskertomusta lukuun ottamatta kaikista teksteistä, samoin Loppuarvio (7). Eniten käytetty otsikko oli Nykytila (128), joka maaliskuussa 2013 alkaen vaihtui Käynti-otsikoksi (9). Suunnitelma-otsikkoa (1) käytettiin yhdessä potilaskertomuksessa. Otsikoita Tieto (11), Puhelu (3) ja Asiakirjamerkintä (1) käytettiin vaihtelevasti kuvaamaan pääsääntöisesti fysioterapia-ajan peruuntumista tai vaihtamista.

TAULUKKO 2. Psykiatrian avohoidon psykofyysisen fysioterapian potilaskertomuksissa käytetyt otsikot ja niiden esiintyvyys.

PSYKIATRIAN AVOHOIDON PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA (Yhteensä 8 potilaskertomusta)	
Potilaskertomuksissa käytetyt otsikot	Potilaskertomuksissa käytettyjen otsikoiden määrä
ESITIEDOT	7
NYKYTILA	128
KÄYNTI	9
SUUNNITELMA	1
LOPPUARVIO	7
TIETO	11
PUHELU	3
ASIAKIRJAMERKINTÄ	1

Erikoissairaanhoidon fysiatriassa on vuodesta 2009 alkaen kehitetty fysioterapian kirjaamista systemaattisesti kohti rakenteisen kirjaamisen mallia ja tämä näkyy psykofyysisen fysioterapian kirjaamisessa dokumentoinnin samankaltaisuutena kahden työntekijän välillä. Tästä syystä oli järkevää käsitellä fysiatrian kirjaamista omana kokonaisuutenaan.

Fysiatrian psykofyysisen fysioterapian potilaskertomuksissa (TAULUKKO 3) oli käytetty yhteensä 12 eri pääotsikkoa, joista aktiivisessa käytössä oli otsikot Esitiedot (14), Toimintakyky (24), Suunnitelma (17), Kuntoutus (202), Loppuarvio (10) ja Muu merkintä (62). Näistä otsikoista kaikki ovat kansallisia otsikoita, joita suositellaan käytettäväksi fysioterapian kirjaamisessa. Kansallisista otsikoista käytössä oli myös Väliarvio, jota oli käytetty yhteensä kaksi kertaa. Muita käytettyjä pääotsikoita oli Nykytila (2), joka kirjaamisen kehittämisen myötä muuttui

otsikoksi Toimintakyky. Jatkosuunnitelma-otsikkoa (1) käytettiin yhden kerran ja se muuntui jatkossa muotoon Suunnitelma. Yhteenveto-otsikkoa oli käytetty yhden kerran vetämään yhteen fysioterapeuttisen tutkimisen tuloksia. Asiakirjamerkintä-otsikkoa oli käytetty yhden kerran kuvaamaan potilasajan peruuntumista, myöhemmin otsikkona toimi Muu merkintä. Yhdessä kirjaamismerkinnässä, jossa kuvattiin potilasajan peruuntumista, oli otsikko jäänyt kokonaan puuttumaan. Puhelu-otsikkoa käytettiin yhden kerran hoidollisen puhelun otsikkona.

Pääotsikoiden tarkentimena käytettiin pääsääntöisesti Fysioterapianimikkeistön II alaryhmän otsikoita kuten Tiedonhankinta, Fysioterapeuttinen tutkiminen ja Terapeuttinen harjoittelu. Kirjaamisen kehittämisen sekä Efficapotilastietojärjestelmän uuden 4.1-version käyttöönoton myötä alaotsikoihin tuli lisäyksenä kirjaintunniste RF sekä kolminumeroinen tarkennin. Esimerkiksi Esitiedot-otsikon alla oli käytössä alaotsikko Tiedonhankinta, joka muuntui muotoon Tiedonhankinta RF410. Vastaavanlainen kehitys alaotsikoiden kohdalla on nähtävissä taulukossa 3, lukuun ottamatta Loppuarvio-otsikkoa. Kansallisen Loppuarvio-otsikon kohdalla voidaan käyttää tekstin jäsentäjänä nimikkeistön nimikkeitä ilman kirjain- ja numerokoodia (Holma ym. 2012).

TAULUKKO 3. Erikoissairaanhoidon fysiatrian psykofyysisen fysioterapian potilaskertomuksissa käytetyt otsikot ja niiden esiintyvyys.

ERIKOISSAIRAANHOIDON FYSIATRIAN PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA (Yhteensä 14 potilaskertomusta)		
Potilaskertomuksissa käytetyt pääotsikot	Potilaskertomuksissa käytetyt alaotsikot	Potilaskertomuksissa käytettyjen otsikoiden määrä
ESITIEDOT	Tiedonhankinta	12
ESITIEDOT	Tiedonhankinta RF410	2

TOIMINTAKYKY	Fysioterapeuttinen orientoiva arvio RF110	2
NYKYTILA	Fysioterapeuttinen tutkiminen	2
TOIMINTAKYKY	Fysioterapeuttinen tutkiminen	21
TOIMINTAKYKY	Fysioterapeuttinen tutkiminen RF120	1
JATKOSUUNNITELMA	-	1
SUUNNITELMA	-	6
SUUNNITELMA	Fysioterapiasuunnitelman laatiminen	5
SUUNNITELMA	Fysioterapiasuunnitelman laatiminen RF130	2

SUUNNITELMA	Monialainen yhteistyö	3
SUUNNITELMA	Monialainen yhteistyö RF430	1
KUNTOUTUS	Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta	12
KUNTOUTUS	Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta RF210	2
KUNTOUTUS	Terapeuttinen harjoittelu	134
KUNTOUTUS	Terapeuttinen harjoittelu RF220	41
KUNTOUTUS	Fysikaalinen terapia	11
KUNTOUTUS	Fysikaalinen terapia RF240	1

KUNTOUTUS	Muu asiakastyöhön liittyvä fysioterapia	1
YHTEENVETO	-	1
VÄLIARVIO	-	1
VÄLIARVIO	Palautteen tai lausunnon laatiminen RF422	1
LOPPUARVIO	Fysioterapeuttinen tutkiminen	1
LOPPUARVIO	Fysioterapiasuunnitelman laatiminen	1
LOPPUARVIO	Monialainen yhteistyö	1
LOPPUARVIO	-	7

ASIAKIRJAMERKINTÄ	-	3
(Ei otsikkoa)	-	1
MUU MERKINTÄ	-	34
MUU MERKINTÄ	Dokumentointi	27
MUU MERKINTÄ	Dokumentointi RF420	1
PUHELU	Dokumentointi	1

4.3 Kirjaamisen sisällön analyysi

Psykofyysisen fysioterapian kirjaamisen sisältöä analysoitiin teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä ja tällöin analyys-

sin ohjaajana toimii jokin teema tai käsittekartta. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Analyysirunko voi olla väljä ja sen sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia luokituksia tai kategorioita noudattaen induktiivisen eli laadullisen sisällönanalyysin perusteita. Analyysirungon ulkopuolelle jäävät asiat muodostavat uusia luokkia noudattaen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Tässä kehittämishankkeessa analyysirunkona käytettiin Kuviossa 3 esitettyä Fysioterapian palveluprosessia.

Psykofyysisen fysioterapian kirjaamisessa käytetyt otsikot erosivat toisistaan huomattavasti eri toimiyksiköissä. Esitiedot-otsikko oli käytössä molemmissa toimiyksiköissä ja otsikon alla esiintyi osittain samoja asioita, osittain eri. Esimerkiksi psykiatrian avohoidossa Esitiedot-otsikon alle oli kirjattu fysioterapeuttiseen tutkimiseen ja fysioterapiasuunnitelman laatimiseen liittyviä aiheita, kun taas erikoissairaanhoidon fysiatriassa tutkimiseen ja suunnitelmaan liittyvät asiat oli kirjattu Toimintakyky- ja Suunnitelma-pääotsikoiden alle käyttäen lisäksi tarkentimena Fysioterapianimikkeistön alaotsikoita.

Kirjaamisen erilaisuudesta johtuen psykofyysisen fysioterapian potilaskertomusten sisältö luokiteltiin uudelleen Fysioterapian palveluprosessin käsitteitä hyödyntäen (TAULUKOT 4, 5, 6, 7 ja 8.). Käytetyt käsitteet olivat Asiakkaan tulo (esitiedot, alkuhaastattelu), Kuntoutuksen tarpeen arviointi (johtopäätökset, suunnitelma), Kuntoutuksen toteutus, Vaikutusten ja hyötyjen arviointi sekä Palveluprosessin päättäminen. Alkuperäiseen Fysioterapian palveluprosessiin verraten jätettiin pois Valmisteleva työvaihe, joka ei varsinaisesti sisälly psykofyysisen fysioterapian kirjaamiseen. Kohdat Terapian, ohjauksen, kuntoutuksen tarpeen arviointi, johtopäätökset ja Terapian, ohjauksen, kuntoutuksen, muun palvelun toteutus yksinkertaistettiin muotoon Kuntoutuksen tarpeen arviointi, johtopäätökset, suunnitelma sekä Kuntoutuksen toteutus. Fysioterapian palveluprosessin käsitteet muodostivat yläluokan, jonka alle kerättiin potilaskertomuksista käsitteeseen liittyviä ilmaisuja. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaisut kirjoitettiin pelkistettyyn muotoon.

TAULUKKO 4. Teorialähtöinen sisällönanalyysi. Asiakkaan tulo (esitiedot, alkuhaastattelu).

TEORIALÄHTÖINEN SISÄLLÖNANALYYSI		
Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Asiakkaan tulo (esitiedot, alkuhaastattelu)	Kyseessä on xx-vuotias mies, joka tulee psykofyysiseen fysioterapiaan pitkään jatkuneiden kipujen vuoksi.	Potilaan ikä, sukupuoli, fysioterapiaan tulosyy
	Nuori käy peruskoulun x. luokkaa ja asuu yhdessä äitinsä, isänsä ja xx-vuotiaan sisarensa kanssa.	Opiskelu, perhesuhteet
	Potilas on koulutukseltaan ylioppilas ja on suorittanut lisäksi kaupallisen alan perustutkinnon.	Koulutus
	Potilas työskentelee tällä hetkellä kiinteistönhoitajana.	Ammatti, työ
	Potilas on tällä hetkellä kuntoutustuella.	Toimeentulo
	Potilas on sairauslomalla 31.1.2013 saakka.	
	Potilas harrastaa säännöllisesti lenkkeilyä.	Harrastukset
	Potilas kertoo tämänhetkiseksi oireikseen selkä- ja niskakivut. Yöunet jääneet kipujen vuoksi vähäisiksi.	Potilaan kuvaamat oireet
	Kertoo pystyvänsä hyvänä päivänä kävelemään 3 km matkan, mutta kuvailee väsyvänsä aiempaa nopeammin.	Potilaan oireiden vaikutus arkeen
	Potilaalla on kahden selkäleikkauksen jälkitilana...	Potilaan aiempi hoito
	Potilas on käynyt aiemmin yksityispuolella OMT-fysioterapeutin seurannassa.	Potilaan aiempi fysioterapia
	Potilas ollut aiemmin psykiatrisessa osastohoidossa vuonna 2005.	Potilaan aiempi psykiatrinen hoito

	<p>Toivoo pääsevänsä eroon ok-sentamisesta ja hyväksyvänsä kehoaan paremmin.</p> <p>Potilas on tällä hetkellä kuntoutustutkimusyksikön asiakkaana.</p> <p>Potilaalla hoitosuhde yleissairaalapsykiatriaan.</p> <p>Kipuun potilaalla Voltaren- ja Pronaxen-lääkitys...</p> <p>Rentoutuu siivoamalla, shoppailemalla.</p> <p>Potilas kertoo puolisonsa auttavan arjen askareissa.</p>	<p>Potilaan toiveet fysioterapialle</p> <p>Potilaan muut hoitotahot</p> <p>Lääkitys</p> <p>Potilaan omat oireen-hallintakeinot</p> <p>Potilaan saama apu/tuki</p>
--	---	---

Yllä olevassa taulukossa esitettyä potilaan tulotilanteeseen liittyvää tietoa löytyi pääsääntöisesti Esitiedot-otsikon alta. Viidessä potilaskertomuksessa viitattiin esitietojen osalta lähettävän lääkärin tekemään fysioterapiapyyntöön. Tulotilanteeseen liittyen kaikissa potilaskertomuksissa käytettiin menetelmänä haastattelua. Tulotilanteessa potilaan tilannetta kartoitettiin monipuolisesti ja mahdollisimman kokonaisvaltaisesti huomioiden psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja taloudelliset osa-alueet. Tulotilanteessa kartoitettiin erilaisten oireiden vaikutusta potilaan arkeen, potilaan omia oireiden hallintakeinoja sekä potilaan saamaa tukea lähipiiriltä sekä ammattihenkilöiltä.

TAULUKKO 5. Teorialähtöinen sisällönanalyysi. Kuntoutuksen tarpeen arviointi (johtopäätökset, suunnitelma).

TEORIALÄHTÖINEN SISÄLLÖNANALYYSI		
Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Kuntoutuksen tarpeen arviointi (johtopäätökset, suunnitelma)	Potilaalla seisten ja kävelen hyvä ryhti.	Asennon arviointi

	<p>Istuessa potilas kontrolloi erityisesti keskivartalon ja alaraajojen asentoa.</p> <p>Kävelyn aikana myötäliikkeet jäivät vähäiseksi.</p> <p>Liikkuminen on hidasta ja jähmeää.</p> <p>Potilaan liikkumisessa havaittavissa jännittyneisyyttä.</p> <p>Hengitys on pinnallista ja huomaamatonta.</p> <p>Viimeisen viikon aikana potilas kuvaa kivun olleen VAS 8/10.</p> <p>Voimavaransa potilas arvioi olevan 6 (asteikolla 1-10).</p> <p>Kehonkäytössä näkyy osin kehonhallinnan hankaluus.</p> <p>Kehonsa kokoa arvioi huomattavasti todellista suuremmaksi.</p> <p>Ruumiinkuvaa kartoittavissa lomakkeissa tulee esille potilaan vääristynyt käsitys kehonsa mittasuhteista...</p> <p>Ruokailu niukkaa tällä hetkellä noin 800 kcl / päivä.</p> <p>Vuorovaikutuksessa potilas oli aluksi varautunut.</p> <p>Varsin sekavasti puhuu, hypähdellen asiasta toiseen.</p> <p>Fysioterapeuttisessa tutkimisessa esiinnousee nuoren vääristynyt kokemus omista ruumiinra-</p>	<p>Liikkumisen arviointi</p> <p>Jännittyneisyys/rentous</p> <p>Hengityksen havainnointi</p> <p>Kivun arviointi</p> <p>Voimavarojen arviointi</p> <p>Kehonhallinnan havainnointi</p> <p>Kehonkoon arviointi</p> <p>Ruumiinkuvan kartoittaminen</p> <p>Ravitseminen</p> <p>Vuorovaikutuksen havainnointi</p> <p>Fysioterapeuttisen tutkimisen yhteenvetoa</p>
--	---	---

	<p>joista.</p> <p>Potilaalla kehossaan ylimääräistä lihasjännitystä, hengitys pinnallista ja jännittyneen oloista.</p> <p>Fysioterapian tavoitteena lisätä rintarangan ja selän alueen liikkuvuutta sekä löytää rennompia tapoja liikkua.</p> <p>Psykofyysinen fysioterapia toteutuu osastojakson aikana 1x/vko.</p> <p>Potilaan kanssa yhteisesti sovittu fysioakustisen tuolin käytöstä 2x/vko.</p> <p>Kuntoutuspalaverissa sovittiin, että potilas jatkaa käyntejä psykofyysisessä fysioterapiassa.</p>	<p>Fysioterapian tavoitteet</p> <p>Fysioterapian suunnitelma, fysioterapian keinot, tapaamistiheys</p> <p>Kuntoutuksen suunnittelu moniammatillisesti</p>
--	--	---

Yllä olevassa taulukossa kuvattua fysioterapiatarpeen arviointia löytyi Esitiedot-, Nykytila-, Käynti-, Toimintakyky- sekä Suunnitelma-otsikoiden alta. Erikoissairaanhoidon fysiatrian potilaskertomuksissa fysioterapiatarpeen arviointiin liittyvää tietoa löytyi Toimintakyky-otsikon alta ja tarkentimena oli käytetty Fysioterapeuttinen tutkiminen-alaotsikkoa. Suunnitelma-otsikkoa oli pääsääntöisesti käytetty kuvaamaan fysioterapian tarkempaa suunnitelmaa ja keinoja, mutta suunnitelmaa koskevaa tietoa löytyi myös Toimintakyky-otsikon alta. Psykiatrian avohoidossa fysioterapiatarpeen arviointiin liittyvää tietoa löytyi Esitiedot-, Nykytila- ja Käynti-otsikoiden alta.

Potilaskertomuksissa tuli esille potilaan tilanteen arviointi kokonaisvaltaisesti huomioiden potilaan asento, liikkuminen, kipu, hengitys, voimavarat, vuorovaikutus, jännittyneisyys, kehonhallinta sekä ruumiinkuva. Potilaan fysioterapiatarpeen arvioinnissa nousi kaikissa potilaskertomuksissa esiin psykofyysinen näkökulma potilaaseen.

TAULUKKO 6. Teorialähtöinen sisällönanalyysi. Kuntoutuksen toteutus.

TEORIALÄHTÖINEN SISÄLLÖNANALYYSI		
Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Kuntoutuksen toteutus	<p>Liikeharjoituksissa tehty ylävartalon rentouttavia ja venyttäviä harjoituksia.</p> <p>Nuoren kanssa tehty rentousharjoitus.</p> <p>Tehty kehotietoisuusharjoitus istuma-asentoa tunnustelemalla.</p> <p>Pystyi tekemään harjoituksia altaalla noin 20 minuutin ajan.</p> <p>Aloitettu hoito fysioakustisella tuolilla matalalla taajuudella.</p> <p>Ohjattu potilaalle kotiharjoitukseksi pohjevenytys.</p> <p>Potilas tuo esille huolensa koskien eläkepäätöstä. Ohjattu potilasta ottamaan yhteyttä sosiaalityöntekijään.</p>	<p>Fysioterapiassa käytetyt terapiakeinot</p> <p>Fysikaalinen hoito</p> <p>Kotiharjoitusten ohjaaminen</p> <p>Ohjattu potilasta toisen ammattialan edustajan luo</p>

Fysioterapian toteutukseen liittyvää tietoa, jota on kuvattu yllä olevassa taulukossa, löytyi kaikista potilaskertomuksista. Psykiatrian avohoidossa toteutukseen liittyvää tietoa löytyi Nykytila- ja Käynti-otsikoiden alta. Erikoissairaanhoidon fysiatriassa fysioterapian toteutukseen liittyvä tieto oli kirjattu Kuntoutus-otsikon alle ja alaotsikoina oli käytetty pääsääntöisesti tarkentimia Terapeuttinen harjoittelu, Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta tai Fysikaalinen terapia riippuen yksittäisen fysioterapiakerran sisällöstä.

Fysioterapian toteutukseen liittyen kaikissa potilaskertomuksissa oli kuvattu fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä kuten rentous- ja hengitysharjoitus, fysioakus-

tinen tuolihoito sekä erilaiset liike-, kehonhallinta- sekä ruumiinkuvaharjoitukset. Lisäksi oli kuvattu potilaalle ohjattuja kotiharjoituksia.

TAULUKKO 7. Teorialähtöinen sisällönanalyysi. Vaikutusten ja hyötyjen arviointi.

TEORIALÄHTÖINEN SISÄLLÖNANALYYSI		
Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Vaikutusten ja hyötyjen arviointi	<p>Potilas kertoo edelliskerralla tehdyn nilkan kinesioteippauksen tuntuneen hyvältä ja tukevalta.</p> <p>Potilas kertoo selän hie-man kipeytyneen tehdyistä harjoituksista.</p> <p>Potilas kokee hyötyneensä harjoituksista, saanut itselleen itsehoitokeinoja mm. hengitysharjoituksia.</p> <p>Fysioterapiajakson aikana potilaan tasapaino-ongelmat helpottuivat selvästi ja liikkuminen varmistui.</p> <p>Potilas arvioi kehoaan nyt alkutilannetta realistisemmin.</p> <p>Potilaan suunnitelmana on aloittaa työ 4 h /päivä.</p> <p>Potilaan arki on muuttunut huomattavasti aiempaa aktiivisemmaksi sisältäen nyt myös liikuntaa ja omaa aikaa.</p>	<p>Potilaan kokema vointi edellisen fysioterapiatapaamisen jälkeen</p> <p>Potilaan kokema hyöty fysioterapiajaksoista</p> <p>Fysioterapeutin arvio potilaan toimintakyvystä</p> <p>Potilaan toimintakyvyn vaikutus työelämään osallistumiseen</p> <p>Muutokset potilaan aktiivisuudessa ja osallistumisessa.</p>

Edellä olleessa taulukossa esitettyä vaikutusten ja hyötyjen arviointiin liittyvää tietoa löytyi kaikista potilaskertomuksista. Fysioterapian vaikutusta ja hyötyä oli arvioitu sekä potilaan että fysioterapeutin näkökulmasta. Selkeimmin vaikutusten ja hyödyn arviointi tuli esille Loppuarvio-otsikon alta, mutta arviointia tuli esille myös fysioterapiakäyntiteksteistä vapaassa muodossa. Tällöin arvio oli joko Nykytila-, Käynti- tai Kuntoutus-otsikon alla. Arviointikeinoina oli käytetty pääasiassa havainnointia, potilaan subjektiivista kokemusta, tutkimuslomakkeita tai standardoitua mittaria. Arvioinnissa oli huomioitu potilaan toimintakyvyn muutoksen vaikutus arkielämään ja osallistumiseen (työelämä, harrastukset).

TAULUKKO 8. Teorialähtöinen sisällönanalyysi. Palveluprosessin päättäminen.

TEORIALÄHTÖINEN SISÄLLÖNANALYYSI		
Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Palveluprosessin päättäminen	<p>Potilas jatkaa kuntosaliryhmässä Siltapuiston fysioterapiassa. Uutta aikaa psykofyysiseen fysioterapiaan ei näin ollen varata.</p> <p>Sovitusti lopetamme tapaamiset tähän kertaan ja potilas jatkaa vielä hoitoaan psykiatrian poliklinikalla.</p> <p>Potilaan fysioterapia päättyy osastojakson päättyessä ja hoito siirtyy Lahden psykiatrian poliklinikalle.</p> <p>Fysioterapiajakso päättyy sovitus 1.2.2013.</p>	Fysioterapiajakson päättäminen ja mahdollisen jatkofysioterapian/-hoidon kuvaaminen

Yllä olevassa taulukossa kuvattua palveluprosessin päättämiseen liittyvää tietoa löytyi lähes kaikista potilaskertomuksista. Kolmessa potilaskertomuksessa palveluprosessin päättämiseen liittyvää tietoa ei oltu kirjattu. Pääsääntöisesti fysiotera-

piajakson päättämiseen liittyvä tieto löytyi Loppuarvio-otsikon alta, viidessä potilaskertomuksessa oli käytetty lisäksi Suunnitelma- ja Jatkosuunnitelma-otsikoita, joiden alta löytyi tieto potilaan jatkokuntoutuksen suunnitelmasta.

4.4 Yhteenveto aineiston analysoinnista

Psykofyysisen fysioterapian kirjaamisessa erikoissairaanhoidon fysiatrian ja avohoidon psykiatrian psykofyysisen fysioterapian välillä oli selkeä ero potilaskertomusten otsikoiden käytössä. Fysiatrissa kirjaamista on kehitetty kohti rakenteisuutta, mikä näkyi Fysioterapialiiton suosittamien kansallisten otsikoiden sekä Fysioterapianimikkeistön käyttönä. Fysiatrian psykofyysisen fysioterapian pienryhmän työntekijöiden potilaskertomukset olivat rakenteeltaan hyvin samankaltaisia.

Psykiatrian avohoidon kirjaamisessa rakenteisuus ei noussut esiin ja käytössä oli fysioterapian kansallisista otsikoista kaksi, Esitiedot ja Loppuarvio. Kansallista Suunnitelma-otsikkoa oli käytetty yhden kerran, mutta se ei ollut yleisesti käytössä. Fysioterapianimikkeistön alaotsikot eli tarkenteet eivät olleet käytössä lainkaan.

Otsikoiden käyttöä koskevat huomiot ovat yhteneväisiä aiempiin tutkimustuloksiin. Häyrinen toteaa väitöstutkimuksessaan fysioterapeuttien käyttämien otsikoiden olevan epäyhteneväisiä. Tutkimuksesta nousi esille fysioterapeuttien hoitojakson aikana tehtyjen merkintöjen ja hoitojakson päättyessä olevien merkintöjen välillä olleen eroja erityisesti otsikoiden käytössä. Kirjaamisessa ei myöskään ollut hyödynnetty Fysioterapianimikkeistöä. (Häyrinen 2011, 49-50.) Fysioterapianimikkeistön käytön puute tuli tässä työssä esiin erityisesti psykiatrian avohoidon kirjaamisessa, jossa nimikkeistön alaotsikot eivät olleet käytössä. Keski-Suomessa toimiva alueellinen fysioterapian Effica-kirjaamisen kehittämisryhmä kartoitti moniammatillisten yhteistyökumppaniensa odotuksia fysioterapian kirjaamisesta. Kartoituksen yhtenä fysioterapiakirjaamisen parantamiseksi nousi esiin väliotsikoiden käyttäminen. (Arkela-Kautiainen 2012, 34.)

Kirjaamisen sisältöä analysoitaessa kaikista potilasteksteistä nousi esille potilaan tilanteen kuvaaminen kokonaisvaltaisesti huomioiden fyysiset, psyykkiset, sosiaa-

liset ja taloudelliset osa-alueet. Kaikista potilaskertomuksista tuli ilmi psykofyysisen fysioterapian toteutusta koskevaa tietoa. Myös Partia (2012, 37) totesi tutkimuksessaan fysioterapian toteutukseen liittyvää tietoa esiintyneen kaikissa analysoiduissa potilasteksteissä.

Fysioterapeuttiseen tutkimiseen liittyvää tietoa löytyi erikoissairaanhoidon fysiatrian työntekijöiden teksteissä Nykytila- ja Toimintakyky-otsikoiden alta tarkentimella Fysioterapeuttinen tutkiminen. Psykiatrian avohoidon potilaskertomuksissa fysioterapeuttiseen tutkimiseen liittyvää tietoa löytyi Esitiedot-, Nykytila- ja Käynti-otsikoiden alta. Tutkimisessa oli molemmissa toimintayksiköissä käytetty havainnointia, tutkimuslomakkeita sekä joidenkin potilaiden kohdalla myös standardoituja mittareita, kuten Bergin tasapainotestiä. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu fysioterapeuttien kirjanneen fysioterapeuttisen tutkimuksen tuloksia nykytilan kuvauksiin sekä toimintakykyä arvioivien mittausten tuloksia vapaamuotoisena tekstinä sähköiseen potilaskertomukseen (Häyrinen 2011, 51). Aiempi tutkimus on osittain yhtenäinen tämän opinnäytetyön tulosten kanssa.

Kirjaaminen erikoissairaanhoidon fysiatriassa ja psykiatriassa oli sisällöltään samankaltaista, mutta kirjaamismerkinnät olivat avohoidon puolella selvästi lyhyempiä fysiatrian kirjaamistapaan verrattuna. Fysiatrian kirjaaminen oli sisällöltään yksityiskohtaisempaa ja selkeämmin jäsenneltyä kansallisia otsikoita sekä Fysioterapianimikkeistöä hyödyntäen. Fysiatriassa fysioterapia- ja toimintaterapiakirjaamisen kehittäminen on aloitettu vuonna 2009 ja siihen on sisältynyt psykofyysisen yksilöfysioterapiaprosessin kuvaus (Liite 1), joka on toiminut kirjaamisen kehittämisen tukena. Psykiatrian avohoidossa psykofyysisen fysioterapian prosessikuvausta ei ole tehty, eikä kirjaamista ole ainakaan vielä lähdetty kehittämään rakenteiseen suuntaan. Erikoissairaanhoidossa psykofyysisellä fysioterapialla on myös selvästi pidemmät perinteet kuin psykiatrian avohoidon psykofyysisellä fysioterapialla. Edellä mainitut seikat selittävät pitkälti eri toimiyksiköiden kirjaamisen eroavaisuuksia.

5 PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN KIRJAAMISMALLI

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli kartoittaa psykofyysisen fysioterapian kirjaamiskäytäntöjen yhtäläisyyksiä ja eroja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyh-tymässä sekä luoda kohdeorganisaatiolle yhtenäinen kirjaamismalli. Teoriapohjan, aineiston analysoinnin, kansallisten ja kansainvälisten suositusten sekä erikoissai-raanhoidon fysiatrian psykofyysisen fysioterapian pienryhmän kehittämistyön pohjalta syntyi psykofyysisen fysioterapian kirjaamismalli, joka on esitelty liit-teessä 2 ja selvennetty alla.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen ICF-luokitus käsittää kaikki näkökohdat ihmisen terveyteen sekä joitakin terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä. ICF kuvaa kunkin henkilön tilannetta terveyden aihe-alueilla sekä terveyden lähiaihealueilla. Terveyden aihealueilla tarkoitetaan muun muassa näköä, kuuloa, kävelyä sekä muistia ja lähiaihealueita ovat esimerkiksi koulutus ja sosiaalinen kanssakäyminen. Lisäksi ICF-kuvauksessa otetaan aina huomioon ympäristö- ja yksilötekijät. Ympäristötekijöillä tarkoitetaan fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävää tai rajoittavaa vaikutusta. Ympäristöte-kijät voivat osaltaan vaikuttaa ruumiin/kehon toimintoihin kuten kävelyalusta ta-sapainoon tai häiritsevien ärsykkeiden vaikutus tarkkaavuuteen. Yksilötekijät ovat ICF-luokittelun yksi osa-alue, mutta yksilötekijöiden laajan sosiaalisen ja kulttuu-risen vaihtelun vuoksi niitä ei erikseen luokitella. (World Health Organisation & Stakes 2011, 7-9, 13.) Koska ICF-luokittelu huomioi yksilön toimintakykyä varsin kokonaisvaltaisesti, voidaan sitä pitää soveltuvana viitekehyksenä psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallin kehittämiseksi.

Psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallissa (Liite 2) fysioterapian suositelluista kansallisista otsikoista käyttöön otettiin otsikot Esitiedot, Toimintakyky, Testaus- ja arviointitulokset, Suunnitelma, Kuntoutus, Muu merkintä, Väliarvio sekä Lop-puarvio. Kansallisten otsikoiden tarkentimeksi otettiin käyttöön Fysiotera-pianimikkeistön otsikot II alaryhmän tarkkuudella. Kirjaamismallissa huomioitiin myös ICF-luokittelun yksilö- ja ympäristötekijät, ruumiin/kehon rakenteet ja toi-minnot, suoritukset sekä osallistuminen. Seuraavassa on selvennetty tämän kehit-

tämishankkeen tuloksena syntyneen psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallia jokaisen kansallisen otsikon ja sen sisällön osalta.

Esitiedot-otsikko sisältää potilaan, hänen omaisensa tai saattajan antamat tiedot muun muassa sairauden alkamisesta ja kulusta (Suomen Fysioterapeutit 2013, 10.) Tämän kansallisen otsikon tarkentimena on käytetty Fysioterapianimikkeistön otsikkoa Tiedonhankinta RF410, sisältää potilaan fysioterapian suunnittelun, arvioinnin ja kehittämisen kannalta tarpeelliseen aineistoon ja asiakirjoihin perehtymisen sekä yhteydenpidon yhteistyöverkostoihin (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 7). Psykofyysisen fysioterapian osalta koettiin pääasiallisiksi tiedonhankimenetelmiksi potilaspapereihin tutustuminen sekä potilaan haastattelun lisäksi mahdollisesti myös hoitohenkilökunnan haastattelu. Kirjaamismallin vasemmassa laidassa näkyy ICF-luokittelun osa-alueet. Osa-alueet on jaoteltu seuraavasti: yksilötekijät, ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Yksilötekijöitä lukuun ottamatta osa-alueita on tarkennettu pääluokittain, joiden määrä vaihtelee viidestä yhdeksään. (World Health Organisation & Stakes 2011, 29-30). Kirjaamismallissa on esitelty pääluokkia sen mukaan, kun ne on psykofyysisen fysioterapian näkökulmasta koettu oleellisiksi.

Yksilötekijöiden osalta oleellisena tietona pidettiin ikää, sukupuolta, lääkitystä sekä potilaan itsensä kokemaa fyysistä toimintakykyä. Ympäristötekijöiden osalta esitietojen kohdalla oleellisiksi koettiin Palvelut, hallinto ja politiikka (Pääluokka 5), joka pitää sisällään asumisen, sosiaaliturvan, terveyspalvelut, koulutuksen sekä työn ja työllistymisen. Kirjaamismallin oikeassa laidassa oleva sarake sisältää fysioterapeutin muistilistan, joka toimii tukena kirjaamisessa. Ympäristötekijöiden osalta muistilistaan kirjattiin oleellisiksi seikoiksi asumismuoto, toimeentulo, nykyiset/aiemmat hoito- ja fysioterapiapalvelut ja/tai psykiatrian osastohoitojaksot, koulutus sekä työtilanne. Ympäristötekijöihin liittyy myös Tuki ja keskinäiset suhteet (Pääluokka 3), joka sisältää lähiperheen, laajennetun perheen, ystävät, tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet sekä terveydenhuollon ammattihenkilöt ja muut ammattihenkilöt. Näiden osalta kirjaamisen muistilistaan huomioitiin perhesuhteet, muut sosiaaliset suhteet sekä potilaan kokema tuki lähipiiriltä ja terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöstöltä.

Ruumiin/kehon rakenteilla ja toiminnoilla tarkoitetaan ruumiin anatomisia osia, kuten elimet, raajat sekä näiden rakenteet ja elinjärjestelmän fysiologisia toimintoja, joihin sisältyy myös mielentoiminnot (World Health Organisation & Stakes 2011, 10). Näiden kohdalla oleellisiksi osa-alueiksi koettiin Tuki- ja liikuntaeli-
mistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (Pääluokka 7), Sydän- ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot (Pääluokka 4), Aistitoiminnot ja kipu (Pääluokka 2) sekä Mielentoiminnot (Pääluokka 1) henkisen energian, viettitoimintojen ja unitoimintojen osalta. Muistilistaan huomioitiin potilaan nykyinen oirekuva hänen itsensä kertomana, käytössä olevat kivunhallintakeinot, potilaan kokemat henkiset voimavarat, vuorokausirytmii sekä unen laatu ja määrä.

Suorituksilla tarkoitetaan tehtävää tai toimea, jonka yksilö toteuttaa (World Health Organisation & Stakes 2011, 10). Suoritusten osalta oleellisiksi osa-alueiksi koettiin Liikkuminen (Pääluokka 4), Itsestä huolehtiminen (Pääluokka 5) ja Kotielämä (Pääluokka 6). Muistilistaan merkittiin oireiden vaikutus potilaan toimintakykyyn hänen itsensä kuvaamana. Osallistumisella tarkoitetaan osallisuutta elämän tilanteisiin (World Health Organisation & Stakes 2011, 10). Osallistumisen kannalta merkittäviksi koettiin Keskeiset elämänaalueet (Pääluokka 8) sekä Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (Pääluokka 9), joista muistilistaan merkittiin nykyisen toimintakyvyn vaikutus potilaan osallistumiseen käsittäen työn, opiskelun, taloudellisen tilanteen, harrastukset sekä sosiaalisen kanssakäymisen.

Toimintakyky-otsikon alla voidaan kuvata henkilön kykyä selviytyä päivittäisten toimintojen psyykkisistä, fyysisistä, sosiaalisista sekä kognitiivisista vaatimuksista (Suomen Fysioterapeutit 2013, 11). Kyseisen kansallisen otsikon tarkentimena on käytetty Fysioterapianimikkeistön otsikkoja Fysioterapeuttinen orientoiva arvio RF110 ja Fysioterapeuttinen tutkiminen RF120. Fysioterapeuttinen orientoiva arvio pitää sisällään nopean tilannearvion tai yleisarvion fysioterapian tarpeesta sekä selvityksen asiakkaan toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja ympäristöte-
jöistä palvelun käynnistämistä tai seuranta varten (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 1). Tässä kirjaamismallissa Fysioterapeuttinen orientoiva arvio-otsikkoa voidaan käyttää yksittäisen fysioterapiakäynnin yhteydessä kuvaamaan potilaan vointia ja toimintakykyä fysioterapiatapaamisten välillä sekä kuvaamaan arviota edellisessä tapaamisessa käytettyjen fysioterapiamenetelmien vaikutuksesta potilaan vointiin ja toimintakykyyn.

Fysioterapianimikkeistön otsikkoa Fysioterapeuttinen tutkiminen käytetään kuvaamaan asiakkaan toimintakykyä ja -rajoitteita, joihin kuuluvat ruumin/kehon rakenteet ja toiminnot sekä suoritukset ja osallistuminen (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 1). Tässä psykofyysisen fysioterapian kirjaamismalliin sisällytettiin lisäksi ICF-luokituksen ympäristötekijät pääluokkien tuotteet ja teknologiat, tuki ja keskinäiset suhteet sekä asenteet osalta, koska näiden koettiin vaikuttavan potilaan toimintakykyyn. Otsikko Fysioterapeuttinen tutkiminen pitää sisällään asiakkaan tuki- ja liikuntaelimistöön sekä liikkeisiin liittyvät toiminnot, rakenteet ja liikkumisen, itsestä huolehtimisen sekä koti- ja työelämän. Lisäksi arvioidaan ympäristötekijöiden vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn. Fysioterapeuttiseen tutkimiseen sisältyy arvio fysioterapian tarpeesta ja mahdollisuuksista huomioiden asiakkaan oma näkemys ja omat odotukset. Yleisimpiä arviointimenetelmiä ovat havainnointi, haastattelu, manuaalinen tutkiminen, lomakekyselyt sekä erilaiset testaukset ja mittaukset. Arvioinnista saatua tietoa hyödynnetään kliinisessä päättelyssä, fysioterapeuttisen diagnoosin ja fysioterapiasuunnitelman laatimisessa, fysioterapian vaikutusten arvioinnissa sekä muutosten seuraamisessa ja tiedon välittämisessä. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 1.)

Ruumiin/kehon rakenteiden ja toimintojen näkökulmasta toimintakyvyn kannalta oleellisiksi osa-alueeksi koettiin Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (Pääluokka 7) lihasjäteystoimintojen, kävely- ja juoksutyylitoimintojen sekä lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvien aistimusten osalta. Muistilistaan kirjattiin perusliikkumisen ja asennon havainnointi huomioiden potilaan asentoisten, istuen ja makuulla sekä asento kävellessä huomioiden askelpituuden ja kehon myötäliikkeet. Lisäksi havainnoidaan potilaan ryhtiä ja kontaktia alustaan sekä varautuneisuutta/vapautuneisuutta. Oleelliseksi osa-alueeksi koettiin lisäksi Sydän ja verenkierto, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot (Pääluokka 4) hengitystoimintojen ja hengityслиhastoimintojen osalta. Muistilistassa huomioitiin hengityksen havainnointi hengitysfrekvenssin, pallean ja apuhengityслиhasten käytön sekä hengityksen syvyyden/pinnallisuuden osalta.

Ruumiin ja kehon rakenteiden ja toimintojen osalta keskeisiksi osa-alueiksi koettiin lisäksi Aistitoiminnot ja kipu (Pääluokka 2) sekä Mielentoiminnot (Pääluokka 1). Aistitoimintojen ja kivun osalta keskeiseksi koettiin kipuaistimus ja muistilis-

taan merkittiin potilaan kokema kivun määrä VAS-janalla arvioiden sekä kivun sijainti kipupiiirrosta hyödyntäen. Mielentoimintojen osalta huomioita kiinnitettiin kokonaisvaltaisiin psykososiaalisiin toimintoihin, psykomotorisiin ja tunne-elämän toimintoihin, ajattelutoimintoihin sekä itsen ja ajan kokemisen toimintoihin, joka sisältää myös kokemuksen kehonkuvasta. Mielentoimintojen osalta muistilistaan kirjattiin vuorovaikutuksen havainnointi sekä levottomuuden, hidastuneisuuden, kiihtyneisyyden ja katatonian havainnointi. Lisäksi kiinnitettiin huomiota tunteiden säätelyyn, ilmaisuun ja ailahteluun sekä harhaluuloihin, somatisaatioon, ajatusten lukkiutumiseen ja syrjähtelyyn. Huomioitaviksi asioiksi koettiin myös potilaan esiin nostama keskustelunaihe sekä kehonkuvan arviointi.

Suoritusten näkökulmasta keskeiseksi osa-alueeksi nostettiin Kommunikointi (Pääluokka 3) sisältäen ei-kielellisten viestien tuottamisen ja keskustelun. Tältä osin muistilistaan kirjattiin kehon kielen havainnointi sekä keskustelun aloittaminen, ylläpitäminen ja lopettaminen. Keskeiseksi osa-alueeksi nousi lisäksi Liikkuminen (Pääluokka 4) sisältäen asennon vaihtamisen, asennon ylläpitämisen, kävelemisen sekä liikkumisen paikasta toiseen. Liikkumisen osalta kirjaamisen muistilistaan merkittiin liikkumisen tutkiminen, kävelymatka ja liikunnan määrä. Suoritusten kannalta Itsestä huolehtiminen (Pääluokka 5) koettiin myös tärkeäksi osa-alueeksi omasta terveydestä huolehtimisen osalta. Kirjaamisen kannalta huomioitaviksi aiheiksi kohosivat henkilökohtainen hygienia, ravitsemus, kotiharjoitteiden toteutuminen sekä päihteiden käyttö.

Suoritusten osalta keskeiseksi koettiin lisäksi Kotielämä (Pääluokka 6) sekä Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (Pääluokka 7). Kotielämän kannalta oleellisena pidettiin tavaroiden ja palvelujen hankkimista, aterioiden valmistamista sekä kotitaloustöiden tekemistä. Kirjaamisen kannalta listaan merkittiin kauppa-asiointi, ruoanlaitto, siivous, pyykinpesu sekä muut kotielämään liittyvät toiminnot huomioiden fyysisten ja psyykkisen tekijöiden vaikutus. Henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden osalta oleelliseksi koettiin henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus, muodolliset ihmissuhteet, vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet, perhesuhteet sekä intiimit ihmissuhteet. Kirjaamisen kannalta merkittäväksi koettiin sosiaalisten suhteiden hoitaminen, tunteiden säätely sekä yhteydenotot ammattihenkilöihin.

Osallistumisen näkökulmasta esille nostettiin Keskeiset elämänaalueet (Pääluokka 8), joka sisältää muun muassa opetuksen ja koulutuksen, työn ja työllistymisen sekä taloudellisen elämän. Kirjaamisen muistilistaan merkittiin koulutuksen ja työn toteutuminen huomioiden psyykkisten ja fyysisten tekijöiden vaikutuksen sekä raha-asioista huolehtimisen. Osallistumista koskien keskeiseksi osa-alueeksi koettiin lisäksi Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (Pääluokka 9) sisältäen virkistäytymisen ja vapaa-ajan. Kirjaamisen kannalta muistilistaan nostettiin harrastusten ja sosiaalisen kanssakäymisen toteutuminen huomioiden psyykkisten ja fyysisten tekijöiden vaikutuksen.

Ympäristötekijöiden osalta keskeisiksi osa-alueiksi nousivat Tuotteet ja teknologiat (Pääluokka 1), Tuki- ja keskinäiset suhteet (Pääluokka 3) sekä Asenteet (Pääluokka 4). Tuotteiden ja teknologian osalta oleelliseksi koettiin yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelu sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat, mikä näkyy käytännössä kirjaamisen muistilistassa kulkureittien ja uloskäyntien, kuten portaiden ja luiskien huomioimisena. Tuen ja keskinäisten suhteiden osalta tärkeinä pidettiin lähiperhettä, laajennettua perhettä, ystäviä, tuttavvia, ikätovereita, naapureita, yhteisön jäseniä, terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä muita ammattihenkilöitä. Kirjaamisen kannalta esiin nostettiin potilaan saama tuki lähipiiriltään sekä ammattihenkilöiltä. Asenteiden osalta keskeiseksi koettiin lähiperheen ja laajennetun perheen jäsenten asenteita sekä ystävien, tuttavien, ikätovereiden, työtoverien, naapureiden ja yhteisön jäsenten asenteet, mikä näkyy kirjaamisen muistilistassa lähipiirin asenteiden vaikutuksena potilaan käyttäytymiseen ja toimintaan.

Testaus- ja arviointitulokset-otsikko kuvaa fysioterapiassa tehtyjä tutkimuksia, testauksia ja haastatteluja sekä niihin perustuvia johtopäätöksiä (Suomen Fysioterapeutit 2013, 11). Tämän kansallisen otsikon tarkentimena toimii Fysioterapianimikkeistön otsikko Fysioterapeuttinen tutkiminen RF120, jota on tarkemmin kuvattu Toimintakyky-otsikon kohdalla. Testaus- ja arviointitulosten kohdalla kuvataan potilaan toimintakykyä mittaavien testien ja arviointimenetelmien tuloksia. Psykofyysisessä fysioterapiassa käytettäviä testaus- ja arviointimenetelmiä ovat muun muassa syömishäiriöpotilaan tutkimisessa käytettävät arviointilomakkeet sekä standardoidut testit kuten Bergin tasapainotesti.

Muu merkintä-otsikko pitää sisällään fysioterapian merkinnät, jotka eivät sovelu muiden kansallisten otsikoiden alle. Tämän otsikon alle suositellaan sijoitettavaksi organisaation omassa käytössä olevia otsikoita. (Suomen Fysioterapeutit 2013, 11.) Tässä kirjaamismallissa Muu merkintä-otsikkoa tarkentamaan valittiin Fysioterapianimikkeistön otsikko Dokumentointi RF420, jota käytetään kuvaamaan fysioterapiatietojen kirjaamista ja tallentamista erilaisiin asiakirjoihin. Tavoitteena on tallentaa tietoa asiakkaan tilanteesta fysioterapian suunnittelua, kehittämistä ja arviointi varten. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 7-8.) Tässä kirjaamismallissa otsikoita käytetään pääasiallisesti tilanteissa, joissa fysioterapia-aika joudutaan perumaan potilaan tai organisaation toimesta. Otsikoita voidaan käyttää myös kuvaamaan muuta fysioterapian kannalta oleellista yhteydenottoa.

Suunnitelma-otsikon alle on tarkoitus kirjata potilaan terveydentilaa, tutkimista, hoitoa ja/tai hoidon järjestämistä palvelutapahtuman yhteydessä käsittelevän suunnitelma (Suomen Fysioterapeutit 2013, 10). Kansallisen Suunnitelma-otsikon tarkentimeksi valittiin Fysioterapianimikkeistön otsikko Fysioterapiasuunnitelman laatiminen RF130. Fysioterapiasuunnitelman laatiminen perustuu fysioterapeuttiseen orientoivaan arvioon ja fysioterapeuttiseen tutkimiseen. Asiakkaan tai asiakasryhmän kanssa yhteistyössä laaditaan kirjallinen fysioterapiasuunnitelma, johon fysioterapian toteutus, seuranta ja arviointi perustuu. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 2.) Tässä kirjaamismallissa suunnitelmaosiossa haluttiin nostaa selkeästi esille potilaan toimintakyvyn vahvuudet, ongelmat, tavoitteet sekä mittarit, jotka näkyvät kirjaamismallin vasemmassa laidassa. Suunnitelmaosion keskimmaisessä sarakkeessa on esitelty ICF-luokituksen osa-alueet ja oikean puoleisessa sarakkeessa on merkitty kirjaamisen muistilistan kannalta keskeiset asiat. Suunnitelmaosio toimii tässä kirjaamismallissa yhteenve-tona fysioterapeuttisesta orientoivasta arviosta ja fysioterapeuttisesta tutkimisesta nostaen esiin potilaan toimintakyvyn vahvuuksia ja ongelmakohtia. Lisäksi suunnitelmaan kirjataan fysioterapian tavoitteet, jotka on laadittu yhdessä potilaan kanssa sekä mittarit, joilla on tarkoitus arvioida potilaan toimintakykyä.

Toimintakyvyn vahvuuksien osalta koettiin keskeiseksi kuvata ruumiin/kehon rakenteita ja toimintoja, yksilö- ja ympäristötekijöitä, suoritusta sekä osallistumista. Ruumiin/kehon rakenteiden ja toimintojen osalta kirjaamisen muistilistaan

merkittiin muun muassa perusliikkuminen, lihaksisto, hengitys, alustasuhteet sekä psyykkiset voimavarat, vuorovaikutus ja kehonkuva. Yksilö- ja ympäristötekijöiden osalta toimintakyvyn vahvuuksiksi kirjaamisen muistilistaan nostettiin muun muassa perheen tuki ja muu sosiaalinen tuki, potilaan kokemaa fyysistä toimintakykyä, taloudellinen tilanne, koulutus sekä työtilanne. Suoritusten osalta kirjaamisen kannalta oleelliseksi koettiin muun muassa arkiliikkuminen, hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen, selviytyminen arkiaskareista, sosiaalisten suhteiden hoitaminen sekä yhteydenotot ammattihenkilöihin. Osallistumisen kannalta koettiin tärkeäksi kirjata muun muassa koulutukset, työn, harrastusten ja sosiaalisen kanssakäymisen toteutuminen sekä raha-asioista huolehtiminen. Toimintakyvyn ongelmien kohdalla potilaan toimintakyvyn kuvauksen muistilista on kahta poikkeusta lukuun ottamatta täysin samanlainen kuin toimintakyvyn vahvuuksia kuvaava kirjaamisen muistilista. Ruumiin/kehon rakenteiden ja toimintojen muistilistaan toimintakyvyn ongelmaa kuvaavaksi tekijäksi lisättiin kipu ja suorituksen muistilistaan lisättiin ongelmatekijäksi päihteiden käyttö.

Toimintakyvyn tavoitteiden kohdalla keskeisiksi osa-alueiksi nostettiin edelleen ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot, yksilö- ja ympäristötekijät, suoritus ja osallistuminen. Ruumiin/kehon rakenteiden ja toimintojen osalta kirjaamisen muistilistaan nostettiin muun muassa kehonhahmotukseen, hengitykseen, kivunhallintaan ja liikkumiseen liittyvät fysioterapeuttiset tavoitteet. Yksilö- ja ympäristötekijöiden kohdalla keskeiseksi asiaksi koettiin fyysiseen toimintakykyyn liittyvät tavoitteet ja suorituksen kohdalla vastaavasti arkitoimia tukevat fysioterapian tavoitteet. Osallistumisen näkökulmasta esille nostettiin potilaan osallistumista tukevat fysioterapian tavoitteet.

Toimintakyvyn mittareiden kohdalla käsiteltiin edellä mainittuja ICF-luokituksen osa-alueita. Ruumiin/kehon rakenteiden ja toimintojen kohdalla kirjattiin käytettäviksi mittareiksi VAS-jana, jonka avulla voidaan arvioida kipua sekä psyykkisiä voimavaroja sekä kipupiirrosta ja ruumiinkuvaa kartoittavat lomakkeet. Muun muassa liikkumista, asentoa, hengitystä ja vuorovaikutusta arvioiva havainnointi kirjattiin yhdeksi toimintakyvyn mittariksi. Lisäksi keskeisinä pidettiin standardoituja testejä kuten Bergin tasapainotesti, lihaskuntotesti ja kuuden minuutin kävelytesti sekä potilaan omaa arvioita toimintakyvystään. Yksilö- ja ympäristötekijöiden kannalta keskeisenä mittarina pidettiin fyysisten voimavarojen arvioimista

VAS-janaa hyödyntäen. Suoritusten näkökulmasta mittareina voidaan käyttää muun muassa ravitsemus-, liikunta- ja unipäiväkirjoja sekä potilaan omaa arvioita arjesta selviytymisestä. Osallistumisen näkökulmasta oleellisimpana mittarina pidettiin potilaan omaa arviota osallistumisen tavoitteiden toteutumisesta.

Kuntoutus-otsikolla käsitetään suunnitelmallinen ja monialainen toiminta, jonka avulla parannetaan ja ylläpidetään potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä vaikutetaan potilaan mahdollisuuksiin selviytyä elinympäristönsään ja hallita elämäntilanteitaan (Suomen Fysioterapeutit 2013, 10). Kansallisen Kuntoutus-otsikon tarkentaviksi alaotsikoiksi valittiin tämän kirjaamismallin vasemman puoleisessa sarakkeessa näkyvät otsikot Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta RF210, Terapeuttinen harjoittelu RF220, Fysikaalinen terapia RF240 ja Monialainen yhteistyö RF430. Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla tarkoitetaan terveyttä ja toimintakykyä tuottavien ja toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämistä sekä terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukemista verbaalisen, manuaalisen tai visuaalisen ohjauksen avulla. Asiakasta tuetaan suuntaamaan voimavaroja yhdessä laadittujen fysioterapeuttisten tavoitteiden saavuttamiseksi sekä etsitään yhdessä vaihtoehtoisia ratkaisuja. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 2.) Tässä kirjaamismallissa oikean puoleisessa sarakkeessa on kuvattu kirjaamisen kannalta keskeiseksi koetut asiat. Fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan kohdalla keskeisiksi kirjattaviksi asioiksi merkittiin potilaan voimavaroja ja elämäntilannetta tukeva ohjaus ja neuvonta sekä kotiharjoitteiden ohjaus.

Terapeuttisella harjoittelulla tarkoitetaan aktiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttöä asiakkaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kaikilla osa-alueilla vaikuttamalla asiakkaan fyysisiin ominaisuuksiin ja kipuun sekä aktivoimalla asiakkaan tietoista suhdetta kuntoutumiseen (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 3). Tässä kirjaamismallissa terapeuttisen harjoittelun osalta koettiin oleelliseksi kirjata ylös fysioterapiassa käytetyt terapiamenetelmät.

Fysikaalisella terapialla tarkoitetaan mekaanisen energian, lämmön, valon, sähköön sekä muiden fysikaalisten vaikutusten käyttöä fysioterapiassa kivun lievittämiseksi, aineenvaihdunnan parantamiseksi sekä pehmytkudosten venyvyyden ja rentouden ylläpitämiseksi tai lisäämiseksi (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit

ry & Fysi ry 2007, 5). Tässä kirjaamismallissa fysikaalisella terapialla tarkoitetaan fysioakustisen tuolin käyttöä. Fysioakustinen tuoli on tällä hetkellä erikoissairaanhoidon fysiatrian psykofyysisten fysioterapeuttien käytössä. Psykiatrian avohoidossa ei ole käytössä fysioakustista tuolia.

Monialaisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri alojen asiantuntijoiden sekä asiantuntijatahojen kanssa tehtävää yhteistyötä, jonka tavoitteena on paras mahdollinen palvelu. Yhteistyötä voidaan tehdä erilaisissa tiimeissä ja työryhmissä, palvelu- ja tukiverkostoissa, hoito- ja palveluketjuissa sekä erilaisissa projekteissa. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & Fysi ry 2007, 8.) Tässä kirjaamismallissa monialaisella yhteistyöllä tarkoitetaan fysioterapiatilannetta, jossa on mukana muu potilaan hoitoon osallistuva ammattihenkilö.

Väliarvio-otsikko sisältää tiedon fysioterapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta kehityksestä. Se sisältää merkittävät tutkimustulokset, johtopäätökset ja hoitosuunnitelman. Loppuarvio-otsikko sisältää terveydenhuollon ammattihenkilön, tässä tapauksessa fysioterapeutin tekemän kuvauksen hoidon kulusta ja lopputuloksesta sisältäen diagnoosin, tehdyt toimenpiteet, hoidon tulokset, jatkohoito-ohjeet sekä laaditut asiakirjat. (Suomen Fysioterapeutit 2013, 10-11.) Tässä kirjaamismallissa väli- ja loppuarvio-otsikoita on käsitelty yhdessä, koska ne ovat sisällöltään identtiset. Väli- ja loppuarvio-otsikoita tarkentavaksi otsikoksi valittiin Fysioterapianimikkeistön otsikko Fysioterapiasuunnitelman laatiminen RF130, jota on käsitelty tarkemmin edellä Suunnitelma-otsikon kohdalla. Väli- ja loppuarvio ovat tässä kirjaamismallissa Suunnitelma-otsikon alla esitettyjen toimintakyvyn vahvuuksien, ongelmien, tavoitteiden ja mittareiden osalta yhtenäinen, joten väli- ja loppuarviota ei käsitellä tässä tarkemmin. Väli- ja loppuarvion kohdalla on tarkoitus arvioida Suunnitelma-otsikon alla esitettyjen tavoitteiden toteutumista.

6 POHDINTA

6.1 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen voivat vaikuttaa erilaiset eettiset ongelmat, jotka liittyvät aineiston hankintaan sekä aineistona toimivan tiedon käsittelyyn (Häyri-nen 2011, 55). Tutkimuksessa käytettävien tietojen tulee olla luottamuksellisia eli tietoja ei voida luovuttaa ulkopuolisille eikä käyttää muuhun kuin luvattuun tar-koitukseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133). Tiedonhankintaan liittyvät eettiset kysymykset huomioitiin tässä opinnäytetyössä hankkimalla tutkimuslupa kohde-organisaatiolta eli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmältä. Potilastietojen käsittelyssä huomioitiin luottamuksellisuus poistamalla potilaan henkilö- ja tun-nistetiedot ennen aineiston käsittelyä. Tutkimusaineisto oli ainoastaan opinnäyte-työn tekijän käytössä ja sitä hyödynnettiin ainoastaan sovittuun tarkoitukseen eli psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallin kehittämiseen. Aineisto hävitettiin kokonaisuudessaan tietosuojajätteenä opinnäytetyöprosessin päätyttyä.

Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden pitäminen anonymieinä on ensiarvoi-sen tärkeää (Kananen 2008, 136). Tähän kehittämishankkeeseen osallistuvien työntekijöiden kohdalla anonymiteetin säilyttäminen osoittautui haastavaksi, kos-ka kohdeorganisaatiossa työskentelee ainoastaan kolme psykofyysiseen erityisalu-eseen erikoistunutta fysioterapeuttia ja nämä toimivat kahdessa eri toimintayksi-kössä. Hankkeeseen osallistuneiden työntekijöiden nimiä ei nostettu esille opin-näytetyön tekijää lukuun ottamatta prosessin missään vaiheessa ja näin pyrittiin säilyttämään osallistujien anonymiteettiä.

Kehittämishankkeen kulku on kuvattu tarkasti opinnäytetyön kirjallisessa rapor-tissa. Aineiston analysoinnissa hyödynnettiin sisällönanalyysiä, jota on jonkin verran kritisoitu muun muassa siitä mahdollisuudesta, että tutkijan teoreettinen ajattelu ja ennakkoluulot voivat vaikuttaa aineiston analysointiin (Tuomi & Sara-järvi 2009, 98). Tässä kehittämishankkeessa tekijä on analysoinut aineiston yksin ja pyrkinyt siihen, etteivät ennakkokäsitykset vaikuta saataviin tuloksiin. Aineis-toa analysoitiin teorialähtöisesti, jolloin analyysirunkona toimi Fysioterapian pal-veluprosessi. Analyysirungon avulla pyrittiin säilyttämään aineiston alkuperäiset ilmiöt aineiston pelkistämisestä huolimatta.

6.2 Kehittämishankkeen arviointi

Tämän kehittämishankkeena toteutetun opinnäytetyön aiheeksi valittiin psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallin kehittäminen. Kirjaamisen kehittäminen on sosiaali- ja terveysalalla ajankohtainen haaste potilastyön laadun kehittämiseksi ja siirtyminen yhteiseen Kansalliseen terveystietokantaan tuo kirjaamisen kehittämislle omat paineensa. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa psykofyysisistä fysioterapiaa toteutetaan kahdessa eri toimiyksikössä ja käytännön työssä kirjaamisessa on koettu olevan eroa. Opinnäytetyön tekijä työskentelee sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa yhtenä kolmesta psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneesta fysioterapeutista, joten aihe oli tekijälle entuudestaan tuttu. Metsämuurosen (2006, 22) mukaan tutkimuksen aihepiiriä kannattaa yleensä etsiä omien mielenkiinnon kohteiden tai specialiteettien joukosta. Tutkimuksen aihepiirin tuntuessa tutulta, on tiedon hankkiminen kyseisestä aihepiiristä paljon mielenkiintoisempaa.

Epäyhtenäiset kirjaamistavat vaikeuttavat tiedonvaihtoa ei ammattiryhmien välillä sekä tiedonsiirtoa organisaation sisällä ja eri organisaatioiden välillä. Dokumentoinnin kirjavuus hankaloittaa osaltaan tiedon hyödyntämistä kansallisesta KanTa-arkistopalvelusta. Yhtenäiset kirjaamistavat edistävät tiedonsiirtoa potilaan siirtyessä jatkohoitoon. (Häyrinen 2011, 56.) Kehittämishankkeessa tuli esille psykofyysisen fysioterapian kirjaamisen erovaisuudet Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen eri toimipisteissä. Kirjaamisen kehittäminen aiheena on varsin ajankohtainen ajatellen yhtymän siirtymistä KanTa-arkistoon syksyn 2014 aikana. Erikoissairaanhoidon fysiatrian psykofyysisessä fysioterapiassa käyvät potilaat siirtyvät usein jatkohoitoon avohoidon psykofyysiseen fysioterapiaan, joten yhtenäinen kirjaamismalli on siinäkin suhteessa hyvin perusteltu.

Tässä hankkeessa aihetta lähestyttiin kehittämistoiminnan prosessin näkökulmasta ja prosessin kuvaajaksi valittiin lineaarinen malli. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää kohdeorganisaatiolle psykofyysisen fysioterapian yhtenäinen kirjaamismalli ja kehittämistoiminnan prosessin näkökulma sopi työhön hyvin. Lineaariseen malliin sisältyi tavoitteen määrittely, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen ja arviointi. Kaikki osavaiheet soveltuivat hyvin kehittämistyöhön. Tavoitteen määrittelyssä eli yhtenäisen kirjaamismallin kehittämisessä pohjana toimi käytännön työelämästä noussut tunnistettu tarve. Suunnitteluvaiheessa toteutettu riski-

analyysi osoittautui tarpeelliseksi aikaresurssien ja yhteistyökuvioiden uhkatekijöiden arvioiden osalta. Toteutusvaiheessa lineaarisen mallin mukaan valmistetaan suunnitelman mukainen tuote tai malli ja tässä kehittämishankkeessa valmistui suunnitelman mukaisesti psykofyysisen fysioterapian kirjaamismalli. Viimeisenä vaiheena oli päättäminen ja arviointi, johon sisältyy kehittämisprosessin loppuarviointi sekä jatkoideoiden esittäminen. Opinnäytetyön kirjallinen tuotos toimii loppuraporttina ja kehittämisprosessin jatkoideat on esitetty loppuraportin kappaleessa 6 Pohdinta, 6.4 Johtopäätökset ja kehittämisaiheet. Tässä kehittämishankkeessa toteutettiin suunnitelman mukaisesti kaikki lineaarisen mallin vaiheet.

Psykofyysisen fysioterapian kirjaamismallia kehitettiin aktiivisesti erikoissairaanhoidon fysiatrian psykofyysisen fysioterapian pienryhmässä ja kehittämisen kannalta arvokkaita kommentteja ja kannanottoja saatiin psykiatrian avohoidossa työskentelevältä fysioterapeutilta. Kaikkien fysioterapeuttien osallistuminen kehittämishankkeeseen oli tärkeää, koska näin saatiin aikaan kaikkien kohdeorganisaatiossa työskentelevien psykofyysisten fysioterapeuttien kannalta toimiva ja kattava kirjaamismalli. Toikon ja Rantasen (2009, 57, 99) mukaan kehittämishankkeen onnistumista tukee sen kaikkien osapuolten sitoutuminen ja osallistuminen hankkeeseen. Eduksi on saada kuuluville osallistujien omat ajatukset, kokemukset ja näkemykset kehittämistoiminnasta.

Kehittämishankkeen toteutuksen seurannassa olisi loppuraportin kirjoittamista helpottanut esimerkiksi päiväkirjan pitäminen. Hirsjärvi ym. (2007, 45-46) toteavat päiväkirjan voivan edesauttaa projektin etenemistä aikataulun mukaisesti ja sen pitäminen tulisi aloittaa heti työn alussa. Tässä kehittämishankkeessa toteutusvaiheen kuvaamista hankaloitti selkeiden päiväkirjamaisten merkintöjen puuttuminen. Toteutunutta pienryhmän sisäistä kehittämisajataulua sekä fysiatrian ja psykiatrian avohoidon työntekijöiden yhteydenpitoa kuvaavia tietoja yritettiin jälkikäteen koota työkalenterin merkinnöistä, mikä muodostui melko haastavaksi tehtäväksi ja vaikeutti kehittämishankkeen toteutusvaiheen kuvaamista.

Tämän kehittämishankkeen tuloksena syntyi suunnitelman mukaisesti yhtenäinen psykofyysisen fysioterapian kirjaamismalli. Toikko & Rantanen (2009, 56) toteavat kehittämisen voivan palvella muun muassa toimintojen tehostamista sekä työntekijöiden ja asiakkaiden intressejä. Tämän kehittämishankkeen myötä voi-

daan arvioida psykofyysisen fysioterapian kirjaamisen muuttuvan yhtenäisemmäksi saman organisaation sisällä ja siten helpottaa tiedon siirtymistä laajemmin eri ammattiryhmien kesken. KanTa-arkistoon siirtymisen yhteydessä tiedon hakemisen tulisi olla selkeää myös potilaan näkökulmasta. Yhtenäisen kirjaamismallin avulla voidaan vaikuttaa kirjaamisen laatuun.

Tiedon käyttökelpoisuutta voidaan tarkastella kehittämistulosten näkökulmasta. Kehittämistulosten kannalta käyttökelpoisuus tarkoittaa kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä. Olennaisena voidaan pitää tutkimustulosten yleistymistä käytännön toiminnassa sekä tulosten leviämistä toimintajärjestelmässä. Tässä yhteydessä voidaan korostaa jokaisen työorganisaation ja kehittämisprosessin ainutkertaista luonnetta. Kehittämistoiminnan tulokset sekä tuotokset ovat usein kontekstisidonnaisia ja muualla kehitettyä on vaikea istuttaa erilaiseen toimintaympäristöön. (Toikko & Rantanen 2009, 125-126.) Tässä kehittämishankkeessa tuotos eli kirjaamismalli luotiin kohdeorganisaatiolle ja se on käytännönläheinen tulos, joka on tarkoitettu käytettäväksi jokapäiväisessä työssä.

6.3 Yhteistyö

Kehittämishankkeen aiheena oli alunperin psykofyysisen fysioterapian alueellisen kirjaamismallin kehittäminen. Ajatuksena oli verrata julkisen sektorin ja yksityissektorin psykofyysisen kirjaamisen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä luoda tältä pohjalta yhtenäinen, alueellinen kirjaamismalli. Yhteyttä otettiin yrittäjänä toimivaan psykofyysiseen fysioterapeuttiin saamatta vastausta yhteydenottoyrityksiin. Lisäksi oltiin yhteydessä kahden kolmannella sektorilla toimivan organisaation psykofyysisiin fysioterapeutteihin. Toisen organisaation edustaja koki, ettei koulutuksestaan huolimatta toteuta työssään täysipainoisesti psykofyysistä fysioterapiaa ja jäi näin ollen pois kehittämishankkeesta. Toisen organisaation fysioterapeutit lupautuivat alustavasti hankkeeseen mukaan, mutta toteutusvaiheen alussa jättäytyivät pois muun muassa toimitilojen muuttokiireiden vuoksi.

Kehittämishankkeen suunnitteluvaiheessa tehtiin riskianalyysi, jossa arvioitiin hankkeen heikkoudeksi eri toimijoiden ajallisesti vähäiset resurssit sekä uhkatekijäksi resurssien vähäisyydestä johtuvan yhteistyön vähyden. Henna-Riikka Sepälä tutki pro gradu-tutkielmassaan *Sosiaali- ja terveysjärjestöt osana julkista*

palvelujärjestelmää muun muassa julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä. Yhteistyö koettiin pääsääntöisesti myönteiseksi, mutta yhdeksi suureksi yhteistyön esteeksi koettiin aika- ja resurssipula. (Seppälä 2011, 57-58.) Kiire, hektisyys, väsymys ja jonkinasteinen keskittymiskyvyttömyys vaikuttaisi olevan yksi merkittävimmistä kehittämistyön solmukohdista (Haaki 2010, 30).

Kehittämishankkeiden kohdalla on puhuttu myös hankeväsymyksestä, jota kohdattiin myös tässä opinnäytetyössä. Kuntaorganisaatiossa projekteja tulee ja menee, eikä niillä koeta välttämättä olevan vaikutusta perustoimintoihin. ”Projektiähkystä” kärsivät ammattilaiset voivat kokea aikansa olevan muutenkin kortilla ja kehittämishankkeet vievät lisää vähäisiä aikaresursseja. (Haaki 2010, 23.) Hankkeeseen osallistuneiden fysioterapeuttien kohdalla kiire korostui erityisesti toteutusvaiheen aineiston keruussa, joka vei suunniteltua pidemmän ajan. Useiden työpaikalla samanaikaisesti toteutuneiden kehittämishankkeiden keskellä opinnäytetyöhön keskittyminen oli oma haasteensa. Haasteiden keskellä yhteistyö saatiin kuitenkin sujumaan.

Kehittämishankkeessa tekijän pitänee katsoa myös peiliin ja miettiä, millainen hankkeen eteenpäin viejä on ollut kiireen keskellä työskennellen. Kehittäjältä odotetaan innostavaa otetta, myönteisen tunnelman luomista ja vuorovaikutuksen avoimuutta sekä tunnetason osaamista. On tulkittava ihmisten käyttäytymistä, puheita ja reaktioita. Kehittäjän on siedettävä ajoittain sekavuutta ja epävarmuutta, mutta samalla pystyttävä luomaan vaikutelma jäsenyntyneestä ja systemaattisesti etenevästä kehittämisprosessista. (Haaki 2010, 23-24.) Ajoittain varmasti liiaksikin ”ymmärrettiin” kiirettä, kun kehittämishanketta olisi pitänyt ohjata napakammin eteenpäin. Ajatusten ollessa hajallaan, jäsenyntyneen vaikutelman antaminen muille oli myös oma haasteensa.

Organisaation johdon tulee sitoutua kirjaamisen kansallisten suositusten käyttöönottoon ja heidän tulee tukea henkilöstöään antamalla aikaa oppia uudet dokumentointitavat (Häyrinen 2011, 61). Erikoissairaanhoidon fysiatrissa lähiesimies eli osastonhoitaja on ollut aktiivisesti mukana kirjaamisen kehittämisessä osallistumalla muun muassa sairaanhoitopiirien yhteishankkeeseen Proxit II, jossa fysioterapian kirjaaminen on toiminut pilottina. Kirjaamisen kehittämistä on aktiivisesti toteutettu fysiatrian yksikössä ja siihen on varattu riittävästi aikaa.

Kuntoutuskeskuksen toimesta on työntekijöille järjestetty mahdollisuus osallistua ICF-koulutukseen, mikä on myös tukenut kirjaamisen kehittämistä.

6.4 Johtopäätökset ja kehittämisaiheet

Aiempiin fysioterapian kirjaamista koskeviin tutkimuksiin verrattuna tässä kehittämishankkeessa havaittiin samankaltaisia eroavaisuuksia kirjaamisessa koskien kansallisten otsikoiden sekä Fysioterapianimikkeistön käyttöä. Myös kansainvälisen ICF-luokittelun hyödyntämisessä oli havaittavissa kirjavuutta. Kansallisten otsikoiden sekä fysioterapianimikkeistön alaotsikoiden käyttäminen toi potilaskertomustekstiin jäsentyneisyyttä sekä helpotti tekstin lukemista. Psykofyysisen fysioterapian potilaskertomuksissa oli havaittavissa yhtäläisyytenä potilaskertomuksista esiinnoussut kokonaisvaltainen näkökulma.

Potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan tulee sitoutua suositusten mukaisiin kirjaamiskäytäntöihin. Yhtenäisten tapojen sopiminen ja noudattaminen tuottaa laadukasta tietoa potilaan hoitoon liittyen. (Häyrinen 2011, 61). Tämän hankkeen tavoitteena oli kehittää yhtenäinen kirjaamismalli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä työskenteleville psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneille fysioterapeuteille. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, juurtuiko kirjaamismalli käytännön työhön.

Kehittämishankkeen alkuperäisenä ideana oli kehittää psykofyysisen fysioterapian alueellinen kirjaamismalli. Edelleen olisi mielenkiintoista selvittää psykofyysisen fysioterapian kirjaamisen tilannetta alueellisesti ja sitä kautta yhtenäistää kirjaamismallin kautta työtapoja sekä tiivistää alueellista yhteistyötä. Aihetta olisi mielenkiintoista selvittää myös valtakunnallisesti. Nyt kirjaamiskäytäntöjä psykofyysisen fysioterapian osalta on selvitetty yhden julkisorganisaation kohdalla. Kirjaamista voisi tutkia muiden julkisorganisaation kesken sekä julkisen ja yksityisen sektorin välillä.

LÄHTEET

Arkela-Kautiainen, M. 2012. Mitä yhteistyökumppanit odottavat fysioterapian kirjaamiselta? *Fysioterapia* 6/2012, 34.

De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R. & Matarese, M. 2010. "If it is not recorded, it has not been done!" Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19. No. 11-12. 1544-1552.

Ekerholt, K. & Bergland, A. 2006. Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.

Gard, G. 2004. Are emotions important for good interaction in treatment situations? *Physiotherapy Theory and Practice* 20, 107-119.

Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M. & Ehrenberg, A. 2008. Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. *Quality & Safety in Health Care*. Vol. 17. No 4, 281-285.

Haaki, R. 2010. Kehittämistyön solmukohtia. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Raportteja 28. Jyväskylä.

Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitajalehti* 12, 38 – 39.

Hannah, K. J., White, P. A, Nagle, L. M. & Pringle, D. M. 2009. Standardizing Nursing Information in Canada for Inclusion in Electronic Health Records. C-HOBIC. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Vol. 16. No. 4, 524-530.

Hartikainen, K., Häyrynen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Komulainen, M. 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Ver-

sio 3.0. Viitattu 13.3.2013. http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydin_tiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf/d295681d-ec50-4e8d-9586-df69580e244e.

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 15.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 uud. p. Tammi. Helsinki.

Holma, T. (toim.) 2007. Fysioterapianimikkeistö 2007. Opas sisältöön ja käyttöön. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Holma, T., Tuurihalme, S-L., Arkela-Kautiainen, M., Asikainen, P., Hernesniemi, T., Mäkelä, L., Partia, R., Noronen, L. & Savolainen, T. 2012. Fysioterapiapalvelujen sähköinen dokumentointi – ohje rakenteiseen kirjaamiseen potilastietojärjestelmässä. Viitattu 10.4.2013. https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=293&Itemid=508.

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Immonen-Orpana, P.1995. Psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa: Lintunen,T., Koivumäki,K. & Säilä,H. (toim.) Jalka potkee mieli notkee: Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki. SMS-tuotanto Oy.

Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa: Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia 2: Kehon tuntemista kehon ymmärtämiseen. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. Tampere.

Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. International Journal of Nursing Practice. Vol. 16. No. 2, 112-124.

Kananen, J. 2008. KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kelley, T. F., Brandon, D. H. & Docherty, S.H. 2011. Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. Journal of Nursing Scholarship. Vol 43. No. 2. 154-162.

Kinnunen, U-M. 2013. Haavahoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 60. Akateeminen väitöskirja. Kuopio.

Koski, T. 2004. Caset: Yrittäjäyys. Keuruu: Otava.

Kunnat.net. 2013. Sähköinen potilaskertomus. Viitattu 26.4.2013. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/tietojarj-sahkoiset-palv/potilaskertomus/Sivut/default.aspx>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 15.3.2013. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Viitattu 15.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. WS Bookwell Oy. Juva.

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. (toim.) 2014. Terveystietojen rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitos.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Partia, R. 2012. Fysioterapian potilaskertomusten tietorakenne ja tietosisällöt. Pro gradu –tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Pukki, A. 2004. Dokumentointimenetelmät, sisällön jäsentyminen ja asiakaskeisyys fysioterapiadokumenteissa. Pro gradu –tutkielma, Terveystieteiden laitos. Fysioterapianopettajan koulutusohjelma. Jyväskylän yliopisto.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. 2013. Viitattu 21.9.2013. <http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=9987&ryhma=253>

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 2011. Valtioneuvoston kanslia. 22.6.2011.

Rautamies, E-L. 2005. Masentuneen ihmisen voimavarojen muutos yksilöllisen fysioterapian aikana soveltaen arvioinnissa Bunkanin voimavaratutkimista. Teoksessa: M-L. Lähteenmäki & R. Jaakkola (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Saba, V. K. & Taylor, S. L. 2007. Moving past theory. Use of standardized, coded nursing terminology to enhance nursing visibility. CIN: Computers, Informatocs, Nursing. Vol. 25. No. 6, 324-331.

Seppälä, H-R. 2011. Sosiaali- ja terveysjärjestöt osana julkista palvelujärjestelmää. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopiston Porin yksikkö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3. Oy Edita Ab. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 15.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista 165/2012. Viitattu 15.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120165>

Suomen Fysioterapeutit 2010. Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa. Ammattilaisen opas 2011.

Suomen Fysioterapeutit 2013. Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa. Ammattilaisen opas 2013.

Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & FYSI ry. 2007. Fysioterapianimikkeistö 2007. 1. painos. Helsinki.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2013. Psykofyysinen fysioterapia. Viitattu 13.2.2013. <http://www.psyfy.net/>

Syrjäläinen, E. 1996. Etnografinen opetuksen tutkimus: kouluetnografia. Teoksessa Syrjälä, L., Ahonen, S. Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjapaino Westpoint Oy. Kirjayhtymä Oy. Rauma.

Talvitie U., Karppi S.-L. & Mansikkamäki T. 2006. Fysioterapia. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Opas 15. THL.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Kansallinen potilasarkisto. Alustava käyttöönottoaikataulusuunnitelma. 2. versio. Viitattu 12.1.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5e0ee3c5-8b89-4ed0-9887-f9d350a22587>

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki 559/1994. Viitattu 15.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 15.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Westra, B. L., Subramanian, A., Hart, C. M., Matney, S. A., Wilson, P. S., Huff, S. M., Huber, D. L. & Delaney, C. W. 2010. Achieving "Meaningful Use" of Electronic Health Records Through the Integration of the Nursing Management Minimum Data Set. The Journal of Nursing Administration. Vol. 40. No. 7/8, 336-343.

Winblad, I., Reponen, J., Hämäläinen, P. & Kangas, M. 2008. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. STAKES raportteja 37/2008. Viitattu 6.3.2014. http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/raportteja08/V37_2008.htm.

World Confederation for Physical Therapy. 2011. Policy statement: Description of physical therapy. Viitattu 16.3.2013. <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>

World Health Organisation & Stakes 2011. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Bookwell Oy. Jyväskylä.

Psykofyysinen yksilöfysioterapiaprosessi

PALVELUPYYNTÖ

- Palvelupyyntö tulevat
- Kuntouttavilta psykiatrian osastoilta 6, 8 ja 9
 - Nuorisopsykiatrian osastoilta
 - Lastenpsykiatrian osastolta ja poliklinikalta
 - Yleissairaalapsykiatrian poliklinikalta
 - Kuntoutustutkimusyksiköstä
 - Fysiatrian poliklinikalta

Fysiatrian Oyl käsittelee aikuispuolen polikliniset fysioterapiapyyntöjä ja ohjaa ne fysioterapeuteille.

Osastoilta tulevat palvelupyyntö ohjautuvat suoraan fysioterapeuteille.

Osastoilta tuleviin palvelupyyntöihin vastataan kahden viikon sisällä ja poliklinisiin pyyntöihin hoitotakuuajan sisällä.

AJANVARAUS

Fysioterapeutti kutsuu poliklinisen potilaan vastaanotolle soittamalla tai kirjeitse ja tekee ajanvarauksen Efficassa. Osastopotilaan fysioterapia-aika sovitaan hoitoryhmän kanssa.

Osastot ja poliklinikat varaavat verkostopalaveri- ja hoitoneuvotteluajat, joihin fysioterapeutti kutsutaan.

TERAPIAN ALOITTAMISEEN LIITTYVÄT VALMISTELUT

Esitiedot

Tiedonhankinta RF410

- Potilastietoihin perehtyminen Efficassa ja WHOIKE:ssa
- Osastopotilaan omahoitajan/hoitoryhmän haastattelu

Fysioterapiatilojen varaus sekä tarvittavan tutkimusmateriaalin valmistelu. Tarvittaessa tiedonhankinta esim. internetistä.

Fysioterapiaprosessin valmisteleva työvaihe



Psykofyysinen yksilöfysioterapiaprosessi

VASTAANOTOT

Fysioterapia toteutuu fysiatrian poliklinikan tai psykiatrian työtiloissa. Osastopotilaiden haastattelu ja tarvittaessa myös fysioterapia toteutuu osaston tiloissa.

Hoitoneuvottelut ja verkostopalaverit toteutuvat osastojen ja poliklinikoiden tiloissa.

FYSIOTERAPEUTTINEN TUTKIMINEN JA ARVIOINTI

Esitiedot

Tiedonhankinta RF410 (Potilaan haastattelu)
Yksilötekijät
Ympäristötekijät
Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot
Suoritukset
Osallistuminen

Toimintakyky

Fysioterapeuttinen orientaiva arvio RF110
Fysioterapeuttinen tutkiminen RF120
Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot
Suoritukset
Osallistuminen
Ympäristötekijät

Testaus- ja arviointitulokset

Fysioterapeuttinen tutkiminen RF120

Suunnitelma

Fysioterapiasuunnitelman laatiminen RF130
Monialainen yhteistyö RF430
Toimintakyvyn vahvuudet
Toimintakyvyn ongelmat
Toimintakyvyn tavoitteet
Toimintakyvyn mittarit

FYSIOTERAPIAN OHJAUS- JA TERAPIAKÄYTÄNNÖT

Kuntoutus

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta RF210
Terapeuttinen harjoittelu RF220
Fysikaalinen terapia RF 240
Monialainen yhteistyö RF430

Muu merkintä

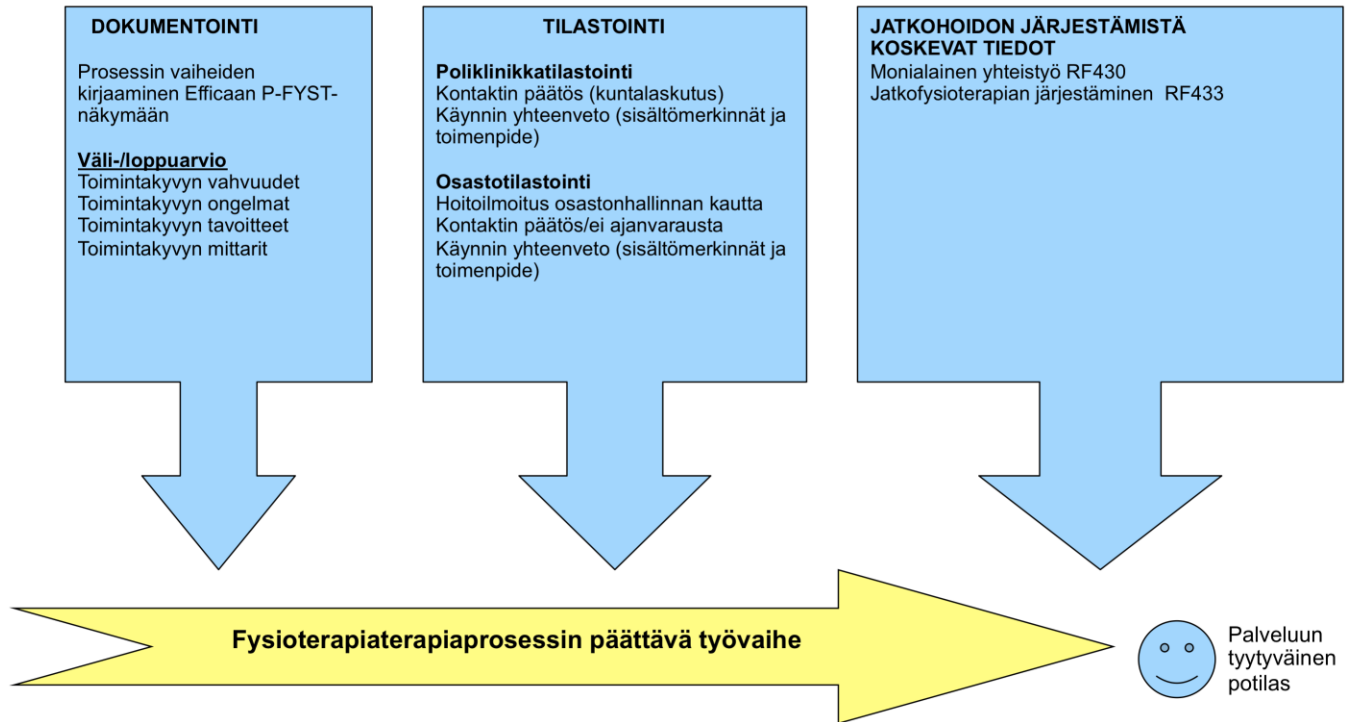
Dokumentointi RF420

Potilaan toimintakyvyn jatkuvaa arviointia fysioterapiasuunnitelmaan peilaten.

Fysioterapian toteutus, prosessin tavoite ja hyöty potilaalle



Psykofyysinen yksilöfysioterapiaprosessi



PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN KIRJAAMISMALLI PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄSSÄ

ESITIEDOT		
Tiedonhankinta RF410		Potilaspapereihin tutustuminen, potilaan ja tarvittaessa hoitohenkilökunnan, omaisen tai soittajan haastattelu
Yksilötekijät	<ul style="list-style-type: none"> ikä sukupuoli lääkitys potilaan kokemus fyysinen toimintakyky 	
Ympäristötekijät	PALVELUT, HALLINTO JA POLITIIKKA (Pääluokka 5) <ul style="list-style-type: none"> asuminen – palvelut, hallinto ja politiikka sosiaaliturva – etuudet, hallinto ja politiikka koulutus – palvelut, hallinto ja politiikka työ ja työllistäminen – palvelut, hallinto ja politiikka terveys – palvelut, hallinto ja politiikka 	<ul style="list-style-type: none"> asumismuoto toimeentulo (kuntoutustuki, sairausloma, eläke, työttömyysturva, toimeentulotuki tms.) koulutus ja ammatti työtilanne nykyiset/aiemmat hoito- ja fysioterapiapalvelut ja/tai psykiatrian hoitojaksot
	TUKI JA KESKINÄISET SUHTEET (Pääluokka 3) <ul style="list-style-type: none"> lähiperhe laajennettu perhe ystävät tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet terveydenhuollon ammattihenkilöt muut ammattihenkilöt (esim. sosiaalityöntekijä) 	<ul style="list-style-type: none"> perhesuhteet muut sosiaaliset suhteet potilaan kokemus tuki lähipiiriltä sekä terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiltä



Ruumlin/kehon rakenteet ja toiminnot	<p>TUKI- JA LIIKUNTAELIMISTÖÖN JA LIIKKEISIIN LIITTYVÄT TOIMINNOT (Pääluokka 7)</p> <p>SYDÄN- JA VERENKIERTO-, VERI-, IMMUUNI- JA HENGITYSJÄRJESTELMÄN TOIMINNOT (Pääluokka 4)</p> <p>AISTITOIMINNOT JA KIPU (Pääluokka 2)</p> <p>MIELENTOIMINNOT (Pääluokka 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • henkinen energia ja viettitoiminnot • unitoiminnot 	<ul style="list-style-type: none"> • nykyinen oirekuva potilaan kuvaamana (mm. millaisia oireita, milloin alkaneet, kuinka usein esiintyy, oireiden koettu voimakkuus) • käytössä olevat kivunhallintakeinot • henkiset voimavarat potilaan kokemana • vuorokausirytm • unen määrä ja laatu
Suoritukset	<p>LIKKUMINEN (Pääluokka 4)</p> <p>ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN (Pääluokka 5)</p> <p>KOTIELÄMÄ (Pääluokka 6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • oireiden vaikutus toimintakykyyn ja arkeen potilaan kuvaamana
Osallistuminen	<p>KESKEISET ELÄMÄNALUEET (Pääluokka 8)</p> <p>YHTEISÖLLINEN, SOSIAALINEN JA KANSALAISELÄMÄ (Pääluokka 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nykyisen toimintakyvyn vaikutus potilaan osallistumiseen (työ, opiskelu, taloudellinen tilanne, harrastukset ja sosiaalinen kanssakäyminen)



TOIMINTAKYKY

Fysioterapeuttinen orientoiva arvio RF110 Fysioterapeuttinen tutkiminen RF120		Havainnointi, asennon ja liikkumisen analysointi, tutkimusiomakkeiden käyttö jne.
	TUKI- JA LIKUNTAELIMISTÖÖN JA LIIKKEISIIN LIITTYVÄT TOIMINNOT (Pääluokka 7) <ul style="list-style-type: none"> • <u>lihaslöntestitoiminnot</u> • kävely- ja juoksutyylitoiminnot • lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvät aistimukset 	Perusliikkumisen ja asennon havainnointi <ul style="list-style-type: none"> • asento kävellessä, askelpituus, myötäliikkeet • asento selsten, istuen ja makuulla • ryhdin havainnointi • kontakti alustaan kaikissa alkuasunnoissa • varautuneisuus/vapautuneisuus liikkeessä ja asennon ylläpitämisessä
	SYDÄN- JA VERENKIERTO-, VERI-, IMMUUNI- JA HENGITYSJÄRJESTELMÄN TOIMINNOT (Pääluokka 4) <ul style="list-style-type: none"> • hengitystoiminnot • hengitysilhastoiminnot 	Hengityksen havainnointi <ul style="list-style-type: none"> • hengitystrekvenssi • pallean käyttö • apuhengitysilhasten käyttö • hengityksen syvyys/pinnallisuus
Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot	AISTITOIMINNOT JA KIPU (Pääluokka 2) <ul style="list-style-type: none"> • kipuaistimus 	Potilaan kokema kivun määrä (<u>VAS-lappu</u>) ja sijainti (kipupilirros)
	MIELENTOIMINNOT (Pääluokka 1) <ul style="list-style-type: none"> • kokonaisvaltaiset psykososiaaliset toiminnot • psykomotoriset toiminnot • tunne-elämän toiminnot • ajattelutoiminnot • itsen ja ajan kokemisen toiminnot (mm. kehonkuva) 	<ul style="list-style-type: none"> • vuorovaikutuksen havainnointi (luontevuus, katsekontakti, varautuneisuus, reviri) • levottomuus, hidastuneisuus, kihtyneisyys, <u>katatonia</u> • tunteiden säätely, ilmaisu, allahtelu • harhakuulot, <u>somatisaatio</u>, ajatusten lakkautuminen, <u>syjähtely</u> • potilaan nostama keskustelun aihe • kehonkuvan arviointi



	KOMMUNIKOINTI (Pääluokka 3) <ul style="list-style-type: none"> • ei-kielellisten viestien tuottaminen • keskustelu 	<ul style="list-style-type: none"> • kehon kieli (ilmeet, liikkeet, asennot) • keskustelun aloittaminen, ylläpitäminen ja lopettaminen
	LIKKUMINEN (Pääluokka 4) <ul style="list-style-type: none"> • asennon vaihtaminen • asennon ylläpitäminen • käveleminen • liikkuminen paikasta toiseen 	<ul style="list-style-type: none"> • liikkumisen tutkiminen (tasapaino, kykyistytminen, makuulta/istumasta ylösnousu) • kävelymatka • liikunnan määrä
Suoritukset	ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN (Pääluokka 5) <ul style="list-style-type: none"> • omasta terveydestä huolehtiminen 	<ul style="list-style-type: none"> • henkilökohtainen hygienia • ravitsemus • kotiharjoitteiden toteutuminen • päihtelien käyttö
	KOTIELÄMÄ (Pääluokka 6) <ul style="list-style-type: none"> • tavaroiden ja palveluiden hankkiminen • aterioiden valmistaminen • kotitaloustöiden tekeminen 	<ul style="list-style-type: none"> • kauppa-asiointi, ruoanlaitto, silvous, pyykinpesu jne. (fyysiset ja psyykkiset tekijät)
	HENKILÖIDEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS JA IHMISSUHTEET (Pääluokka 7) <ul style="list-style-type: none"> • henkilöiden välinen monimuotainen vuorovaikutus • muodolliset ihmissuhteet • vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (ystävät, tuttavat, naapurit, ikätoverit) • perhesuhteet • intimit ihmissuhteet (parisuhte) 	<ul style="list-style-type: none"> • sosiaalisten suhteiden hoitaminen, tunteiden säätely • yhteydenotot ammattihenkilöihin



Osallistuminen	<p>KESKEISET ELÄMÄNALUEET (Pääluokka 8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • opetus ja koulutus • työ ja työllistyminen • taloudellinen elämä 	<ul style="list-style-type: none"> • koulutuksen ja työn toteutuminen (fyysiset ja psyykkiset tekijät) • raha-asioista huolehtiminen
	<p>YHTEISÖLLINEN, SOSIAALINEN JA KANSALAISELÄMÄ (Pääluokka 9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • virkistäytyminen ja vapaa-aika 	<ul style="list-style-type: none"> • harrastusten ja sosiaalisen kanssakäymisen toteutuminen (fyysiset ja psyykkiset tekijät)
	<p>TUOTTEET JA TEKNOLOGIAT (Pääluokka 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat 	<ul style="list-style-type: none"> • kulkureitit ja uloskäynnit (portaat, tulokat jne.)
Ympäristötekijät	<p>TUKI JA KESKINÄISET SUHTEET (Pääluokka 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • lähiperhe • laajennettu perhe • ystävät • tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet • terveydenhuollon ammattihenkilöt • muut ammattihenkilöt (mm. sosiaalityöntekijä) 	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan saama tuki lähipiiriltä ja ammattihenkilöiltä
	<p>ASENTEET (Pääluokka 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • lähiperheen jäsenten asenteet • laajennetun perheen jäsenten asenteet • ystävien asenteet • tuttavien, ikätovereiden, työtovereiden, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet 	<ul style="list-style-type: none"> • lähipiirin asenteiden vaikutus potilaan käyttäytymiseen ja toimintaan



TESTAUS- JA ARVIOINTITULOKSET	
Fysioterapeuttinen tutkiminen RF120	
Potilaan toimintakykyä mittaavat testaus- ja arviointitulokset	Mm. <ul style="list-style-type: none"> • syömishäiriöpotilaan tutkiminen • Bergin tasapainotesti • lihaskuntotesti • 6 minuutin kävelytesti

MUU MERKINTÄ	
Dokumentointi RF420	
Potilaan fysioterapiajaksoon liittyvä kirjaaminen, joka ei sisälly muihin käytössä oleviin otsikoihin	Mm. <ul style="list-style-type: none"> • fysioterapia-ajan peruminen potilaan tai organisaation toimesta • muu yhteydenotto



S U U N N I T E L M A

Fysioterapiasuunnitelman laatiminen RF130

	Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> mm. perusliikkuminen, lihaksisto, hengitys, alustasuhte psyykkiset voimavarat, vuorovaikutus, kehokuva
Toimintakyvyn vahvuudet	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> mm. perheen tuki, muu sosiaalinen tuki, koettu fyysinen toimintakyky, taloudellinen tilanne, koulutus ja työtilanne
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> mm. arkielikkuminen, hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen, selviytyminen arkielämästä, sosiaalisten suhteiden hoitaminen, yhteydenotot ammattihenkilöihin
	Osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> mm. koulutuksen, työn, harrastusten ja sosiaalisen kanssakäymisen toteutuminen, raha-asioista huolehtiminen



	Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> mm. perustilikkuminen, lihaksista, hengitys, alustasuhte psyykkiset voimavarat, vuorovaikutus, kehokuva
Toimintakyvyn ongelmat	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> mm. perheen tuki, muu sosiaalinen tuki, koettu fyysinen toimintakyky, taloudellinen tilanne, koulutus ja työtilanne
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> mm. arkielikkuminen, hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen, selviytyminen arkiaskareista, sosiaalisten suhteiden hoitaminen, yhteydenotot ammattihenkilöihin, päihdekäyttö
	Osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> mm. koulutuksen, työn, harrastusten ja sosiaalisen kanssakäymisen toteutuminen, raha-asioista huolehtiminen
	Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> mm. kehonhahmotukseen, hengitykseen, kivunhallintaan ja liikkumiseen liittyvät fysioterapian tavoitteet
Toimintakyvyn tavoitteet	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> fyysiseen toimintakykyyn liittyvät fysioterapian tavoitteet
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> arkitöitä tukevat fysioterapian tavoitteet
	Osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> osallistumista tukevat fysioterapian tavoitteet



	Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> VAS-jana (kipu, psyykkiset voimavarat), kipupiliris, ruumiinkuvaa karttittavat lomakkeet havainnointi (mm. liikkuminen, asennot, hengitys, vuorovaikutus) Bergin tasapainotesti, lihaskuntotesti, 6 minuutin kävelytesti potilaan oma arvio psyykkisestä toimintakyvystä
Toimintakyvyn mittarit	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> fyysiset voimavarat VAS-janalla
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> mm. ravitsemus-, liikunta- ja unipäiväkirja potilaan oma arvio arjessa selviytymisestä
	Osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> potilaan oma arvio osallistumisen tavoitteiden toteutumisesta



KUNTOUTUS	
Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta RF210	<ul style="list-style-type: none"> potilaan toimintakykyä, voimavaroja ja elämäntilannetta tukeva ohjaus ja neuvonta kotiharjoittelun ohjaus
Terapeuttinen harjoittelu RF220	<ul style="list-style-type: none"> fysioterapiassa käytetyt terapiamenetelmät
Fysikaalinen terapia RF240	<ul style="list-style-type: none"> <u>fysioakustisen</u> tuolin käyttö
Monialainen yhteistyö RF430	<ul style="list-style-type: none"> muu potilaan hoitoon osallistuva ammattihenkilö mukana fysioterapiatilanteissa



VÄLI- /LOPPUARVIO

	Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> mm. perustilikkuminen, lihaksisto, hengitys, alustasuhte psyykkiset voimavarat, vuorovaikutus, kehonkuva
Toimintakyvyn vahvuudet	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> mm. perheen tuki, muu sosiaalinen tuki, koettu fyysinen toimintakyky, taloudellinen tilanne, koulutus ja työtilanne
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> mm. arkielikkuminen, hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen, selviytyminen arkielämästä, sosiaalisten suhteiden hoitaminen, yhteydenotot ammattihenkilöihin
	Osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> mm. koulutuksen, työn, harrastusten ja sosiaalisen kanssakäymisen toteutuminen, raha-asioista huolehtiminen



	Ruumin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> mm. perusliikkuminen, lihaksisto, hengitys, alustasuhte psyykkiset voimavarat, vuorovaikutus, kehonkuva
Toimintakyvyn ongelmat	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> mm. perheen tuki, muu sosiaalinen tuki, koettu fyysinen toimintakyky, taloudellinen tilanne, koulutus ja työtilanne
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> mm. arkielikkuminen, hygienialsta ja ravitsemuksesta huolehtiminen, selviytyminen arkielämästä, sosiaalisten suhteiden hoitaminen, yhteydenotot ammattihenkilöihin, päihdekäyttö
	Osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> mm. koulutuksen, työn, harrastusten ja sosiaalisen kanssakäymisen toteutuminen, raha-asioista huolehtiminen
	Ruumin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> mm. kehonhahmotukseen, hengitykseen, kivunhallintaan ja liikkumiseen liittyvät fysioterapian tavoitteet
Toimintakyvyn tavoitteet	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> fyysiseen toimintakykyyn liittyvät fysioterapian tavoitteet
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> arkitoimia tukevat fysioterapian tavoitteet
	Osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> osallistumista tukevat fysioterapian tavoitteet



	Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> • VAS-jana (kipu, psyykkiset voimavarat), kipupilirros, ruumiinkuvaa kartoittavat lomakkeet • havainnointi (mm. liikkuminen, asennot, hengitys, vuorovaikutus) • Bergin tasapainotesti, lihaskuntotesti, 6 minuutin kävelytesti • potilaan oma arvio psyykkisestä toimintakyvystä
Toimintakyvyn mittarit	Yksilö- ja ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> • fyysiset voimavarat VAS-janalla
	Suoritukset	<ul style="list-style-type: none"> • mm. ravitsemus-, liikunta- ja unipäiväkirja • potilaan oma arvio arjessa selviytymisestä
	Osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan oma arvio osallistumisen tavoitteiden toteutumisesta

